

Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik und Poliklinik
der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr.med. Helmut Selbach

Ein Beitrag zur neurotischen
und pseudoneurotischen Symptomatik
in der Vorgeschichte
von Patienten mit schizophrenen Psychosen

Zum Problem der sogenannten
"Pseudoneurotischen Schizophrenie" (P. HOCH)

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Friedrich Bleckenwegner
aus Schwaz in Tirol

1971
—

Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik und Poliklinik
der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr.med. Helmut Selbach

Ein Beitrag zur neurotischen
und pseudoneurotischen Symptomatik
in der Vorgeschichte
von Patienten mit schizophrenen Psychosen

Zum Problem der sogenannten
"Pseudoneurotischen Schizophrenie" (P. HOCH)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Friedrich Bleckenwegner
aus Schwaz in Tirol

Referent: Professor Dr.med. Horst-Ulfert Ziolkowski

Korreferent: Professor Dr.med. A. Dührssen

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 3. November 1971



I.	<u>Einleitung</u>	5
II.	<u>Literaturübersicht</u>	
	Psychoanalytische Hypothesen über das Verhältnis von Neurosen zu schizophrenen Psychosen	7
	Die beginnende Schizophrenie	15
	Schizophrene Reaktionen	17
	Zum Problem der sogenannten "Pseudoneurotischen Schizophrenie" (P. HOCH)	24
III.	<u>Untersuchungsmethode und diagnostische Auswahl</u>	34
IV.	<u>Kasuistik</u>	35
V.	<u>Ergebnisse</u>	
	1a) Die schizophrenen Erkrankungen	90
	1b) Die den schizophrenen Erkrankungen vorausgehenden neurotischen und pseudoneurotischen Symptome	93
	2) Die Verlaufstypik der neurotischen Erkrankung bis zum Beginn der Psy- chose und die Zeitspanne zwischen den beiden nosologisch-diagnostisch unterschiedlich einzuordnenden Krankheitsbildern	105
	3) Auffällig präpsychotische Persön- lichkeitsstrukturen der Patienten	106
	4) "Auslösende Situationen" der psy- chotischen Erkrankungen	106
	5) Art der Behandlung vor Beginn der Psychose	107

Seite

6) Hereditäre Belastung, psychopathologische Auffälligkeiten der Eltern und Störungen der frühen Kindheit der Patienten	107
7) Suizidversuche der Patienten	108

VI. <u>Diskussion</u>	109
-----------------------------	-----

VII. <u>Zusammenfassung</u>	140
-----------------------------------	-----

<u>Literaturangaben</u>	144
-------------------------------	-----

I. Einleitung

=====

Diese Arbeit will zur Klärung des problemreichen Phänomens klassifikatorisch unterschiedlicher psychopathologischer Symptome beim selben Patienten beitragen.

Daß in der Vorgeschichte Schizophrener häufig von Neurosen nicht zu unterscheidende Störungen vorkommen, ist seit den Anfängen der klassischen Schizophrenieforschung bekannt. Das "neurasthenische" oder "neurotiforme" Vorstadium gilt geradezu als charakteristisch und wird als vegetative oder psychogene Labilisierung bzw. als Reaktion des Kranken auf seine beginnenden psychotischen Beeinträchtigungen angesehen.

Da die Erkrankungswahrscheinlichkeit für behandlungsbedürftige Neurosen in der Gesamtbevölkerung (10 % nach HÄUSSLER; GNAT und HENISC; AMTENBRINK) erheblich größer ist als für Schizophrenien (1 %), besteht Grund für die Annahme, daß aus Neurosen Schizophrenien hervorgehen.

Verschiedene langfristige deutschsprachige katamnestische Untersuchungen an Neurotikern haben übereinstimmend eine gegenüber der Gesamtbevölkerung kaum oder gar nicht erhöhte Schizophreniemorbidität ergeben (CREMERIUS 1962; ERNST 1959; GIEL et al. 1961; JÄGER 1962). Verdachtsdiagnosen oder Prognosen auf Schizophrenie erwiesen sich bei diesen Kranken meist als falsch (ERNST 1959).

Hier setzt die eigene Untersuchung an. Es werden 52 Krankengeschichten solcher schizophrener Patienten der Universitätsnervenklinik untersucht, bei denen vor der Manifestation psychotischer Störungen ein- oder mehrmals eine neurotische Erkrankung diagnostiziert wurde.

Ausgehend vom Krankheitsverlauf wird versucht, zwischen

genuin neurotischer und pseudoneurotisch-larvierter psychotischer Symptomatik zu unterscheiden. Nach Darlegung der Kasuistik werden folgende Punkte untersucht:

- 1a) Die schizophrenen Erkrankungen und
- 1b) die ihnen vorausgehende neurotische und pseudoneurotische Symptomatik.
- 2) Die Verlaufstypik der neurotischen Erkrankung bis zum Beginn der Psychose und die Zeitspanne zwischen den beiden nosologisch-diagnostisch unterschiedlich einzuordnenden Krankheitsbildern.
- 3) Auffällige präpsychotische Persönlichkeitsstrukturen.
- 4) "Auslösende Situationen" der psychotischen Erkrankungen.
- 5) Art der Behandlung vor Beginn der Psychose.
- 6) Hereditäre Belastung, psychopathologische Auffälligkeiten der Eltern und Störungen der frühen Kindheit der Patienten.
- 7) Suizidversuche der Patienten.

Wegen bestimmter Gemeinsamkeiten dieser Untersuchung mit der von HOCH und POLATIN beschriebenen "Pseudoneurotischen Schizophrenie" wird zu diesem Konzept kritisch Stellung genommen.

II. Literaturübersicht

=====

Psychoanalytische Hypothesen über das Verhältnis von Neurosen zu schizophrenen Psychosen.

Eines der widerspruchsvollsten Probleme in der Psychiatrie ist das Verhältnis zwischen Neurosen und Psychosen.

Um den Hintergrund der grundlegenden psychoanalytischen Hypothesen über die Psychopathologie der Schizophrenie und ihr Verhältnis zu den Neurosen zu verstehen, ist es wichtig, die historische Entwicklung von FREUDs Denken über die Schizophrenie zu verfolgen, da seine Denkansätze von psychoanalytisch orientierten Forschern vor allem Nordamerikas weitergeführt, aber auch stark modifiziert wurden.

Einschränkend muß jedoch gesagt werden, daß FREUD sich bei seinen Hypothesen auf nur wenige langfristige persönliche Beobachtungen von Schizophrenen stützen kann. Da FREUD nie klar definiert hat, was er unter Neurose bzw. Psychose verstand, ist es nicht ganz einfach, sein Denken über die Schizophrenie zu verfolgen. Seine nosologische Nachlässigkeit ist wohl auf eine gewisse Gleichgültigkeit gegenüber diagnostischen Bezeichnungen zurückzuführen. "Es ist aber im ganzen nicht sehr wichtig, wie man Krankheitsbilder benennt." (1911)

Schon 1894 stellte FREUD die damals revolutionäre Theorie auf, daß die Symptome psychotischer Patienten in gleichem Maße verständlich sind wie die der Neurotiker. In "Die Abwehr-Neuropsychosen" machte er sich schon damals klare Vorstellungen von der gleichzeitigen Kombination neurotischer und psychotischer Symptome beim selben Patienten. An FLIESS schreibt er 1895: "Wahnvorstellung steht in der Psychiatrie neben der Zwangsvorstellung als rein intellekt-

tuelle Störung, die Paranoia neben dem Zwangsirresein als intellektuelle Psychose." Seine Ungenauigkeit in der Unterscheidung von Neurosen und Psychosen ist hier offenkundig. Trotzdem stellte er schon 1898 fest, daß die Psychoanalyse ausschließlich eine für Psychoneurotiker bestimmte Behandlungsmethode ist.

Anläßlich seiner interpretierenden Analyse von SCHREBERS Autobiographie, in der es um den Wahn und nicht um die Schizophrenie als solche geht, schreibt er 1911: "Was wir für die Krankheitsproduktion halten, die Wahnbildung, ist in Wirklichkeit der Heilungsversuch, die 'Rekonstruktion'; der eigentliche Verdrängungsvorgang besteht in der Ablösung der Libido von vorher geliebten Personen und Dingen."

Hier haben wir den Kern von FREUDs Denken über die schizophrenen Psychosen.

Während KRAEPELIN den zur Demenz führenden Verlauf und E. BLEULER die Denk- und Affektstörungen hervorhoben, war nach seiner Ansicht die veränderte Beziehung des Patienten zu Menschen und Objekten für die Schizophrenie charakteristisch. Er war beeindruckt von der Beobachtung, daß ein krasser Rückzug des Interesses an der Umwelt besteht, was sich in den wechselnden Veränderungen des Verhaltens und des subjektiven Empfindens der verschiedenen Formen schizophrener Störungen widerspiegelt.

Der Bruch mit der Wirklichkeit oder der vollständige Rückzug der Besetzung von der Umwelt ist nach FREUD das charakteristische Merkmal der Psychosen. Die vom Psychotiker vorgenommene Verdrängung gehe tiefer als die des Neurotikers und bestehe aus einem totalen Abzug der Libido auch von den Vorstellungen. Das Selbst-im-Mittelpunkt-Stehen des Psychotikers ergibt sich aus der Hinwendung der abgezogenen Libido auf das Selbst des Kranken, woraus sein Größenwahn entsteht; wendet sich die Libido an den eigenen Körper, so kommt es zu Hypochondrien.

Nachdem der Psychotiker der Regression in ein solches narzißtisches Stadium gefolgt ist, besetzt er in einer Wiederherstellungsphase allmählich wieder Vorstellungen von äußeren Objekten in einer verzerrten Weise, gewöhnlich über Halluzinationen und Wahnideen.

Der Anfang von SCHREBERs Krankheit bestand in einem Zustand, der von FREUD als Hypochondrie beschrieben wurde. Nach seiner Meinung hatte SCHREBER während dieser Phase die Grenze einer Neurose noch nicht überschritten. FREUD nahm hypothetisch an, daß zwischen Normalität und Psychose ein Kontinuum von Zuständen besteht und daß bei den verschiedenen psychopathologischen Krankheitsbildern wechselnde Grade von neurotischen und psychotischen Mechanismen zur Anwendung kommen. Die diagnostischen Bezeichnungen, die zur Unterscheidung der verschiedenen anomalen Zustände dienen, sollen allein von quantitativen oder triebökonomischen Faktoren abhängen. FREUD führte die angebliche Therapie-resistenz des Psychotikers darauf zurück, daß nicht genügend Libido zur Investierung in Personen und äußere Objekte vorhanden ist und deshalb auch keine Übertragung stattfindet. Dieses Konzept spiegelt sich in dem Begriff der narzißtischen Neurosen wider, die er den Übertragungsneurosen gegenüberstellte.

FREUDs Ansicht, daß die Psychoanalyse bei psychotischen Patienten nicht durchgeführt werden kann, steht jedoch entgegen, daß einige seiner hysterischen Patienten halluzinierten, andere mit Zwangszuständen Wahnideen hatten. Heute weiß man jedoch aus der Erfahrung der Psychotherapie mit Schizophrenen, daß psychotische Patienten entgegen FREUDs Meinung zu einer besonders intensiven Übertragung fähig sind.

1910 übernahm FREUD die Behandlung des "Wolfsmannes", der in seinem Denken über das Verhältnis von Neurose zu Psychose einen wichtigen Platz einnimmt. Er hat den Fall

dieses Patienten, der im Alter von 4 Jahren eine Zwangssymptomatik entwickelte, in "Die Geschichte einer infantilen Neurose" dargestellt. Die erste Behandlungsperiode bei FREUD dauerte 4 Jahre. Nach seiner Meinung stellte die Störung eine sehr schwere Zwangsneurose dar. JONES schreibt 1955 in der FREUD-Biographie: "Der Patient litt an einer äußerst schweren Neurose." Es ist jedoch wahrscheinlich, daß ein Patient, bei dem FREUD eine schwere Neurose diagnostizierte, heute als ein "Borderline-Fall" oder als psychotisch beurteilt würde. Für BINSWANGER besteht kein Zweifel, daß der Patient schon zum Zeitpunkt seiner ersten Analyse bei FREUD als Schizophrener zu bezeichnen ist. Von KRAEPELIN wurde bei diesem Patienten die Diagnose einer endogenen Depression gestellt, ein Beweis dafür, daß die nosologisch-diagnostische Zuordnung gelegentlich besonders schwierig ist und von Autor zu Autor je nach theoretischem Standpunkt unterschiedlich gehandhabt wird. 1926 übernahm BRUNSWICK, eine Schülerin FREUDs, die Behandlung des jetzt 35jährigen Patienten und stellte aufgrund seiner grotesken hypochondrischen Wahnideen und anderer Symptome die Diagnose einer paranoiden Psychose. "Die Quelle der neuen Krankheit war ein ungelöster Rest der Übertragung, der - nach 14 Jahren - unter dem Druck besonderer Umstände die Grundlage für eine neue Form einer alten Krankheit wurde."

In den folgenden Jahren entwickelte FREUD das Strukturmodell. Er unternahm zwei kurze Versuche, die Strukturhypothese auf die Psychopathologie der Psychosen anzuwenden, und zwar in "Neurose und Psychose" und in "Der Realitätsverlust bei Neurosen und Psychosen", beide 1924 erschienen. In "Neurose und Psychose" betrachtet FREUD die Rolle des Über-Ich in der Psychose. "Die gemeinsame Ätiologie für den Ausbruch einer Psychoneurose oder Psychose bleibt immer die Versagung... diese Versagung ist im letzten Grund immer eine äußere; im einzelnen Fall kann sie von jener inneren Instanz ausgehen, welche die Vertretung

der Realitätsforderung übernommen hat." "Die Übertragungsneurose entspricht dem Konflikt zwischen Ich und Es, die narzißtische Neurose (Melancholie) dem zwischen Ich und Über-Ich, die Psychose dem zwischen Ich und Außenwelt." Der Ausgang hängt allein von triebökonomischen Verhältnissen ab. "... es wird dem Ich möglich, den Bruch nach irgendeiner Seite dadurch zu vermeiden, daß es sich selbst deformiert, sich Einbußen an seiner Einheitlichkeit gefallen läßt, eventuell sich sogar zerklüftet oder zerteilt."

In "Der Realitätsverlust bei Neurosen und Psychosen" stellt er fest: "Neurose wie Psychose sind also beide Ausdruck der Rebellion des Es gegen die Außenwelt." In beiden Zuständen besteht eine Störung des Patienten zur Realität, weil die Verdrängung nicht mehr ausreicht. In der Entwicklung der Psychose kommt es zu einem zweiten Schritt. "Der zweite Schritt der Psychose will auch den Realitätsverlust ausgleichen, aber nicht auf Kosten einer Einschränkung des Es..., sondern ... durch Schöpfung einer neuen Realität." "Die Umarbeitung der Realität geschieht bei der Psychose an den psychischen Niederschlägen der bisherigen Beziehungen zu ihr, also an den Erinnerungsspuren... Aber diese Beziehung war nie eine abgeschlossene, sie wurde fortlaufend durch neue Wahrnehmungen bereichert und abgeändert. Somit stellt sich auch für die Psychose die Aufgabe her, sich solche Wahrnehmungen zu verschaffen, wie sie der neuen Realität entsprechen würden, was in gründlichster Weise auf dem Weg der Halluzinationen erreicht wird." "Wahrscheinlich drängt sich bei der Psychose das abgewiesene Stück der Realität immer wieder dem Seelenleben auf wie bei der Neurose der verdrängte Trieb." FREUD betont in dieser Arbeit die Rolle der Phantasie für Neurose und Psychose. "... so kommt für beide, Neurose und Psychose, nicht nur die Frage des Realitätsverlustes, sondern auch die eines Realitätsersatzes in Betracht."

In "Abriß der Psychoanalyse" schreibt er, daß entweder durch eine "unerträglich schmerzhaft gewordene Situation der Realität" oder durch außerordentliche Verstärkung der Triebe der Ausbruch einer Psychose hervorgerufen werden kann. In dieser Arbeit widerrief er auch seine ursprüngliche Hypothese des vollständigen Libidoabzugs bei den Psychosen. "Das Problem der Psychose wäre einfach und durchsichtig, wenn die Ablösung des Ich von der Realität restlos durchführbar wäre. Aber das scheint nur selten, vielleicht niemals vorzukommen. Selbst von Zuständen, die sich von der Wirklichkeit der Außenwelt so weit entfernt haben, wie der einer halluzinatorischen Verworrenheit (Amentia), erfährt man durch die Mitteilung des Kranken nach der Genesung, daß damals in einem Winkel der Seele, wie sie sich ausdrücken, eine normale Person sich verborgen hielt, die den Krankheitsspuk wie ein unbeteiligter Beobachter an sich vorbeiziehen ließ." (Übrigens hat man den Eindruck, daß FREUD sich mit seinen Hypothesen ausschließlich auf paranoide und paranoid-halluzinatorische Formen der Schizophrenien bezog.) "Was in allen solchen Fällen vor sich geht, ist eine psychische Spaltung. Es bilden sich zwei psychische Einstellungen anstatt einer einzigen, die eine, die der Realität Rechnung trägt, die normale, und eine andere, die unter Triebeeinfluß das Ich von der Realität ablöst." "... ist oder wird die letztere die stärkere, so ist damit die Bedingung der Psychose gegeben. Kehrt sich das Verhältnis um, so ergibt sich eine anscheinende Heilung der Wahnkrankheit. In Wirklichkeit ist sie nur ins Unbewußte zurückgetreten."

FREUD wies dann noch einmal darauf hin, daß psychische Krankheiten kontinuierlich ineinander übergehen und weitgehend nur auf quantitativer Basis unterschieden werden können. Außerdem schlug er eine Abänderung seiner ursprünglichen Formulierungen über die Schizophrenie vor, ohne sie jedoch näher zu skizzieren.

E. BLEULER betonte die persönliche Psychologie des einzelnen Kranken in der Krankheit und stützte sich dabei vor allem auf die Erkenntnisse FREUDs. Er unterschied "primäre" von "sekundären" Krankheitssymptomen und versuchte, die letzteren als psychische, persönliche Reaktionen auf die "primären" Störungen zu verstehen. Die meisten schizophrenen Symptome wurden so grundsätzlich verständlich als der Ausdruck der Befürchtungen, Spannungen und Ängste der Kranken. Mit der Anerkennung der psychologischen Bedeutung vieler Krankheitssymptome und ganzer Krankheitsphasen wurde die Psychotherapie für den schizophrenen Kranken zu einem eindringlichen Postulat. Vor den "Primärsymptomen", die direkt auf den von ihm postulierten somatischen Krankheitsprozeß zurückgehen sollen, machte BLEULER halt, während FREUD und seine Schüler die Annahme "primärer Prozeßsymptome" für überflüssig halten und den Umweltbedingungen des späteren Kranken die entscheidende Bedeutung beimessen.

Im Gegensatz zu FREUD sind für FEDERN Wahnbildungen und Halluzinationen keine Restitutionserscheinungen für den affektiven Kontaktverlust mit der Außenwelt, sondern echte "Ichverletzungsfolgen". Sie sind, wie beim träumenden Ich, Folge eines Besetzungsmangels an der Ich-Grenze und verursachen so eine Vermengung unechter und echter Wirklichkeit. "Das träumende und das schizophrene Ich sind schwach. Es besteht eine dynamische Unzulänglichkeit; deshalb führt die herabgesetzte Ich-Besetzung in der Schizophrenie zu einer Verwüstung von allen Arten von psychischen Funktionen und zu der charakteristischen psychotischen Eigenart der psychischen Leistungen." Die Ursachen des Besetzungsmangels an der Ich-Grenze sind nicht bekannt.

SCHULTZ-HENCKE sieht in der Schizophrenie eine Neurosen-Variante. "Es gibt nur eine seelisch bedingte Psychose. Sie ist eine Variante 'der' Neurose... Sie ist charak-

terisiert als diejenige Variante der Neurose, in der intentionale Gestörtheit und daher Verkenennung der Realität ('Geistesgestörtheit') eine entscheidende Rolle spielt. Je nach der Beteiligtheit depressiver, zwangsneurotischer, hysterischer oder weiterer neurotischer Strukturbestandteile ergeben sich die verschiedenen Psychosenvarianten. Eine Gruppe hieraus ist die der Schizophrenien."

Der Auffassung FREUDs, daß der Schizophrene Übertragungsunfähig ist, schlossen sich die meisten seiner unmittelbaren Schüler an. Dazu kam noch die Furcht, mit der klassischen psychoanalytischen Technik Schaden zu stiften. Ging man von der besonders von C.G. Jung vertretenen Auffassung aus, in der Psychose einen massiven Durchbruch des Unbewußten zu sehen, das das Bewußtsein überschwemmt und gegen das sich der Kranke durch Projektion von Wahnideen und Halluzinationen wehrt (während ein Heilungsvorgang gleichbedeutend mit der normalen Verdrängung ist), so lag die Befürchtung nahe, durch Bewußtmachung verdrängten Materials eine Exacerbation und beim in Remission befindlichen Kranken einen Rückfall der Psychose zu provozieren.

Die wachsenden Erfolge mit psychotherapeutischen Behandlungen bei Schizophrenen führten dann dazu, daß man sich auch Rückfällen gewachsen fühlte. Es blieb aber immer noch die von KRETSCHMER betonte Gefahr des "Aufwühlens" der Psychose. Schließlich erklärte SCHULTZ-HENCKE, mit dem Ziel einer Heilung müsse auch eine Exacerbation der Psychose in Kauf genommen werden.

Alle psychoanalytisch orientierten Forscher sehen heute in den schizophrenen Störungen das Ergebnis einer Störung der "Ichbildung" mit langer Vorgeschichte. Obwohl alle den frühesten Phasen große Bedeutung zumessen, werden auch Störungsfaktoren späterer Phasen eine bedeutende Rolle zugesprochen. Besonders die Pubertät mit ihren von

der Schizophrenie nicht immer leicht abgrenzbaren pathologischen Krisen wird hervorgehoben.

Viele Autoren beschreiben in der Sprache der Psychoanalyse die prekäre Struktur des schizophrenen Ich, seine gefährdeten dynamischen Grenzen, die Schwäche der "Personation", mangelnde Identität, primäre Einsamkeit in Ermangelung eines introjizierten "guten Objekts" u.a. Das schwache Ich des Schizophrenen ist von der Beziehung zu einem Idealobjekt, mit dem ihm keine genügende Identifikation gelingt, äußerst abhängig und zerfällt bzw. regrediert oft in dem Moment, wo diese Beziehung aus inneren oder äußeren Gründen abbricht. Solche "auslösenden Situationen" haben selten dramatischen Charakter, sondern entsprechen oft äußerlich kaum merkbaren Begegnungssituationen. Grenzfälle sollen sich von Schizophrenen dadurch unterscheiden, daß die bewußten und unbewußten Objektbeziehungen bei ihnen nicht verlorengehen.

Der Hauptwert langer individueller Psychotherapie bei Schizophrenen wird heute von den meisten Forschern weder in einzelnen eindrucksvollen Erfolgen noch im Beweis psychogenetischer Theorien gesehen, sondern im befruchtenden Einfluß auf das psychiatrische Denken und Handeln. Die Anforderungen an den Therapeuten laufen mehr oder weniger alle auf die Bewältigung der Gegenübertragung hinaus, die eine immer zentralere Bedeutung gewinnt und deren Beherrschung wesentlicher erscheint als die jeweilige Schulausrichtung des Therapeuten.

Die beginnende Schizophrenie

Seit den Anfängen der Schizophrenieforschung ist bekannt, daß neurotische Krankheitsbilder eine Einleitung in die Schizophrenie darstellen können bzw. daß ein Kranker mit neurotischen Symptomen nach einer gewissen Zeit aufgrund zusätzlicher psychotischer Symptome als Schizophrener

diagnostiziert wird. Die Frage, ob es sich bei der relativen Häufigkeit beider Krankheitsbilder nur um ein zufälliges Zusammentreffen handelt oder ob eine Neurose in eine Psychose "übergehen" kann, ist bei unserem heutigen Wissen über die Schizophrenie nicht zu beantworten. Daß aber die Schizophreniemorbidität von Neurotikern, vielleicht mit Ausnahme der eher seltenen Zwangsneurosen (C. MÜLLER), nicht oder kaum größer ist als die der Gesamtbevölkerung, wurde von verschiedenen Autoren übereinstimmend festgestellt (CREMERIUS, ERNST, JÄGER, GIEL et al.).

MAYER-GROSS machte schon in den 30er Jahren darauf aufmerksam, daß das Einsetzen einer Schizophrenie sich nicht selten "in das Bild einer Neurose kleidet" bzw. als eine "psychotische Reaktion" auftritt und einige Zeit als solche verläuft, bis das Hervortreten der "Prozeßsymptome" die Natur der Erkrankung deutlich werden läßt.

CONRAD beschreibt in seiner Studie über die beginnende Schizophrenie uncharakteristische "neurotiforme" Prodrome, die sogenannte "Trema-Phase", in der sich bereits die Wahnbereitschaft, wenn auch in larvierter Form, manifestiert, die dann in der nachfolgenden "Apophanie" ihren Ausdruck findet. Diese "neurotiformen" Prodrome entsprechen dem "neurasthenischen Vorstadium" früherer Autoren.

Von TALTSE werden drei pseudoneurotisch-larvierte Krankheitsbilder der beginnenden Schizophrenie beschrieben: Zwangsvorstellungen und Phobien, die allmählich in einen Wahn übergehen; psychosomatische Syndrome, die progressive und psychotische Züge annehmen; reaktive Formen, die sich aber von den neurotischen Reaktionen durch einen inadäquaten Zusammenhang zwischen Erlebnis und Symptom unterscheiden.

KRASTEV und PANEVA beschrieben in ihrer Arbeit "Über die

Klinik und Diagnostik der Schizophrenie mit neurotischem Beginn" bei 21 Patienten depressiv-hypochondrische Bilder mit Angsterlebnissen, die als Neurasthenien verkannt wurden. 16 Patienten zeigten einer Zwangs- und hysterischen Neurose ähnliche Krankheitsbilder mit Zwangsideen, -ritualen, Phobien, Anfällen und funktionellen Störungen. In der Mehrzahl der Fälle ging die pseudoneurotische Symptomatik allmählich in die einer Schizophrenie über.

Schizophrene Reaktionen

Wie in vielen anderen medizinischen Disziplinen, so hat sich auch in der Psychiatrie gezeigt, daß die ursprünglich beschriebenen klassischen Krankheitsbilder schizophrener Psychosen nicht alle Zustände erfassen, die heute stationär und ambulant gesehen werden. Die klinische Forschung der letzten Jahrzehnte hat den Krankheitsverläufen besondere Aufmerksamkeit geschenkt; dies gilt sowohl für die Schizophrenien als auch für die Neurosen.

Vor allem die Beachtung unterschiedlicher Erkrankungsbedingungen und Krankheitsverläufe legte es nahe, Unterformen der Schizophrenien abzugrenzen, die dem offenkundigen Moment der "Psychoreaktivität" Rechnung tragen. Schizophrene Zustandsbilder können mitunter in einem derart eindrucksvollen Zusammenhang mit Erlebnisfolgen und Lebenssituationen auftreten, die einen autonomen "Prozeß" als fragwürdig erscheinen lassen. In den Publikationen ist für diese Krankheitsbilder meist der von POPPER geprägte Begriff der "schizophrenen Reaktion" anzutreffen, der unter dem Einfluß der von A. MEYER und S. FREUD vertretenen Richtungen in die nordamerikanische Psychiatrie übernommen wurde. So gaben die meisten englisch sprechenden Psychiater die Idee der Krankheitseinheit für Neurosen und Psychosen auf und betrachten beide als Reaktionstypen auf äußeren und inneren Streß. Im American Handbook of Psychiatry wird die Schizophrenie unter den funk-

tionellen Psychosen abgehandelt und die Entwicklung der psychotischen Symptome aus den lebensgeschichtlichen und den umweltlichen Bedingungen dargestellt. Schizophrenie ist für ARIETI, den Herausgeber dieses Handbuches, "eine spezifische Reaktion auf einen extremen Angstzustand, der seine Wurzeln in der Kindheit hat und im späteren Leben durch psychische Faktoren reaktiviert wird."

Dagegen wird die schizophrene Reaktion von einem Teil der europäischen Psychiater, die an der Krankheitseinheit der Schizophrenie festhalten, als ein schnell ablaufender "Prozeß", vom anderen Teil als eine der Schizophrenie nur äußerlich ähnliche "schizophrenieforme" Reaktion aufgefaßt. Als wichtigstes diagnostisches Kriterium, das an die FREUDsche Hypothese der "Flucht in die Psychose" erinnert, gilt für diese Bilder der "faßbare Zusammenhang mit den krankheitsverursachenden Erlebnissen".

Nur dann sollte nach Meinung vieler Autoren von einer schizophrenen Reaktion gesprochen werden, wenn das psychische Trauma, das der konstanteste Bestandteil dieser Erkrankung ist, in verständlichem Zusammenhang mit den Krankheitserscheinungen steht.

Mit dem Begriff der schizophrenen Reaktion steht man vor einer grundsätzlichen Weichenstellung im psychiatrischen Denken. Entweder nimmt man an, daß es sich bei den psycho-reaktiv verständlichen Psychosen um etwas grundsätzlich anderes handelt als bei den "endogenen", daß nur eine äußere Symptomähnlichkeit besteht, aber keine nosologische Gemeinsamkeit; oder man vermutet, daß man an diesen Fällen, die sich symptomatologisch nicht von einer Schizophrenie unterscheiden, deutlicher die Zusammenhänge mit dem emotionellen Leben sieht, die versteckter bei jeder Schizophrenie vorhanden sind. Schizophrene Reaktionen könnten dann als Musterbeispiele für die Entstehung der Schizophrenien angesehen werden.

Die den klassischen Traditionen verpflichtete deutschsprachige Psychiatrie, bei der es in erster Linie doch um betrachtende psychopathologische Analyse geht, hält an einem eng umschriebenen Schizophreniebegriff fest. Der tiefenpsychologisch orientierten dynamischen Schizophrenieforschung hält K. SCHNEIDER den Einwand entgegen, daß, wenn auch die Sinngesetzlichkeit der Themen und Inhalte in den Psychosen niemals ganz abreißt, die Seinsweise und die Form, in der diese Themen auftreten, an sich unverständlich sind. "Die Schizophrenie ist ein Geheimnis der Form." (RÜMKE) An der Hypothese der "Krankheitseinheit" der Schizophrenie wird weiter festgehalten, wobei sich von der immer mehr eingeengten "Kerngruppe" mit schlechter Prognose "Randgruppen" mit anderer Genese abheben lassen. Diese Tradition setzt sich auch in den letzten Jahren fort, insbesondere durch phänomenologische, daseinsanalytische und anthropologische Studien, die in der stark pragmatisch eingestellten und an den philosophischen Grundlagen der Psychiatrie wenig interessierten nordamerikanischen Psychiatrie kaum Beachtung finden. Was von den psychoanalytisch orientierten Autoren durch den Nachweis pathogener lebensgeschichtlicher Einflüsse aufgedeckt wird, wird von Autoren, die die philosophischen Anschauungen von BINSWANGER u.a. weiterentwickeln, im Nachweis der "Begegnungsstrukturen", "Daseinsformen" u.ä. ohne Anspruch auf kausale Begründung erfaßt.

Aber auch in der deutschsprachigen Psychiatrie meldet sich Kritik, wo die psychiatrische Systematik die Einteilung der Krankheitsgruppen streng auf die Unterscheidung von "Prozeß" und "Entwicklung" im JASPERschen Sinne gründet. Vieles deutet darauf hin, daß die Grenzziehung zwischen schizophrenen Reaktionen und den "Kernschizophrenien" unter dem Einfluß der klassischen nosologischen Vorstellungen unnatürlich scharf ist. Der psychoreaktiven Auslösung der "endogenen" Psychosen wird auch hier jetzt

eine größere Bedeutung zugemessen. Dadurch wird aber ihre "Endogenität" nicht infrage gestellt, sondern nur die Inangangsetzung und das Vorfeld der Psychosen analysiert. "Eine psychoreaktiv ausgelöste Psychose wird dadurch keine Neurose." (WEITBRECHT)

E. KRETSCHMER hat "Randpsychosen" beschrieben, "die sehr viel psychisch reaktive Mechanismen zeigen, die viele typische Komplexe mit den Neurosen gemeinsam haben und die bis zu einem bestimmten Grad psychotherapeutisch an-gebar sind. Es gehören hierher schizophrenienae pa-ranoide Formen vom Typus des sensitiven Beziehungswahnes, sodann auch bestimmte hebephrene Gruppen, die wir als "Fassadenpsychosen" bezeichnen und hinter deren lauter und aufdringlicher Symptomatik öfter wichtige Selbstwert-probleme und ADLERSche Mechanismen festzustellen sind. Das teilweise noch Verstehbare und Analysierbare geht auch noch in manche paranoid-halluzinatorischen Bilder schwerer Kernschizophrenien hinein, die neben der körperlichen The-rapie auch ein subtiles persönliches Verständnis, einen vertieften ärztlichen Kontakt und eine gründliche Rege-lung ihrer äußeren Lebensverhältnisse, vor allem in fa-miliärer Beziehung, brauchen." "Zwischen paranoischen und schizophrenen, zwischen psychisch reaktiven und endogen-prozeß-bedingten Wahnkrankheiten gibt es alle Übergangs-stufen, alle möglichen Grade des Ineinandergreifens von psychologischen und prozeßhaften Kausalkomponenten."

RÜMKE stellt der "echten" Schizophrenie, für die das "Präcoxgefühl", die "schizophrene Atmosphäre" (WYRSCH), pathognomisch sind, die "Pseudoschizophrenien" gegenüber, bei denen dieses "Präcoxgefühl" für den "sehr erfahrenen Untersucher" fehlt. "Diese schizophrenieähnlichen Bilder findet man im Gebiet der Entwicklungsstörungen, der Psychopathien und - sehr selten - auch der Neurosen." Er teilt die "Pseudoschizophrenien" ("Ich habe mich dabei durch alle differentialdiagnostischen Schwierigkeiten

führen lassen") klinisch in folgender Weise ein:

1. Endogene Pseudoschizophrenien, u.a. atypisch manisch-depressive Psychosen, Degenerationspsychosen, paranoide Psychosen, Zwangspsychosen; 2. charakterogene Pseudoschizophrenien; 3. Entwicklungs-Pseudoschizophrenien, u.a. Typ Sechehaye. "Für diese Gruppe sind manche Auffassungen A. MEYERs zutreffend. Hier findet man manche Formen mit einer quasi-neurotischen Struktur (Verwandtschaft mit degenerativer Hysterie)."

Vor allem von der Therapie und vom Verlauf her sind Anstöße erfolgt, die theoretische Konzeption der Schizophrenie einer Revision zu unterziehen. Seit Jahrzehnten geht der Streit darum, ob es unabhängig von der klassischen Einteilung der Schizophrenie in Untergruppen Krankheitsbilder und Verlaufsformen gibt, die einer "Kerngruppe" mit ungünstiger Spontan- und Behandlungsprognose angehören, und andererseits "Randfälle", die eine günstige Verlaufsform aufweisen und bei denen deshalb die Hauptfolge der psychischen Behandlungsmethoden zu suchen sind. Schon E. BLEULER betrachtete psychogene Anteile im Erscheinungsbild der Schizophrenien als Hinweise für eine günstigere Prognose.

LANGFELDT und andere skandinavische Autoren sprechen von "schizophrenieformen" und "psychogenen" (besser, da weniger mißverständlich, wäre die Bezeichnung "psychisch ausgelöste") Psychosen. Die psychogene Noxe wird mit der Auslösung der Krankheit in Zusammenhang gebracht. Für die Diagnostik ist wichtig, daß sich unter diesen Kranken wenig präpsychotisch schizoide Persönlichkeiten finden und daß der diesen Krankheitsbildern vorausgehende Lebenslauf nicht auf die Erkrankung "hinzielt". Rückfälle sind bei diesen Bildern selten, und es wird meist eine dauerhafte Heilung erreicht. Diese Patienten geraten "unter dem Druck leib-seelischer Erschütterungen" in die Psycho-

se, die ihnen so wesensfremd ist, daß nach Beendigung der Streß-Bedingungen der Heilungsprozeß kontinuierlich vor sich geht. Diese Patienten bedürfen dringend einer psychotherapeutischen Behandlung. STRÖMGREN und WELNER fanden bei diesen Patienten eine ausgesprochene familiäre Belastung mit Neurosen und Psychopathien, nur ausnahmsweise mit Psychosen. LANGFELDTs und FAERGEMANs Ergebnisse sind ähnlich.

STÄHELIN hat mit den "Emotionspsychosen" schizophrene Reaktionen beschrieben, "die durch emotionelle Erschütterungen ausgelöst werden und sich hinsichtlich Qualität und Intensität von den schwersten Neurosen abheben." Man hat den Eindruck einer "Primitivreaktion", in der heftige Affektwirkungen mit dem gewöhnlichen psychischen Instrumentarium nicht bewältigt werden können. "Unter Emotionspsychosen sind psychotische Reaktionen auf Gemüterschütterungen zu verstehen, die akuten Schizophrenien sehr ähnlich sind, aber besonders durch den raschen Verlauf sowie den oft besonders prompt einsetzenden Erfolg der Therapie sich von diesen unterscheiden. Eine schizophrene Heredität oder Anlage ist ebensowenig nachweisbar wie eine zu hysterischen Reaktionen disponierende Konstitution. In der Regel erliegen einer solchen Reaktion gemütsweiche Menschen in jugendlichem Alter oder im Beginn der Involutionszeit mit stark affizierbarem oder schon überreiztem Nervensystem. Von Wichtigkeit ist die Art des emotionellen Erlebnisses: nicht erlebte eindeutige Lebensbedrohung, sondern erwartete Gefährdung von oft zwiespältigem Charakter, die durch gegenseitige Steigerung psychischer und körperlicher (vegetativer) Faktoren zur Psychose führen. Bei Puerperal- und klimakterischen Psychosen läßt sich die Bedeutung dieser emotionellen Erlebnisse deutlich nachweisen."

ROHR, der ein Krankengut von 44 Patienten mit schizophrenen Reaktionen des "Burghölzli" bearbeitete, stellte fest: "Unsere Kranken versagen, wenn das Schicksal eine innere

Umstellung fordert, der sie nicht gewachsen sind, wenn ihnen allzuviel aufgebürdet wird." Auch somatische Faktoren, wie körperliche Erkrankungen, Erschöpfung, Schlafmangel u.a., ließen sich in ROHRs Fällen häufig nachweisen. Nach seinen katamnestischen Untersuchungen bei 29 dieser Patienten (5-11 Jahre später) entwickelten nur 2 Patienten eine Schizophrenie. Es wurde der Schluß gezogen, "daß schizophrene Reaktionen weder einfach Schizophrenien gleichzusetzen sind noch als etwas vollkommen anderes Schizophrenien gegenüberzustellen sind. Vielmehr ist festzustellen, daß bei Erkrankungen an schizophrenen Reaktionen familiäre Momente ähnlich, aber nicht so stark wie bei schweren schizophrenen Psychosen ursächlich mitspielen."

Schizophrene Reaktionen nehmen eine Art Mittelstellung zwischen reaktiven psychogenen Störungen und maligne verlaufenden Schizophrenien ein. J. RATTNER sieht in den schizophrenen Reaktionen das "missing link" zwischen Neurosen und Psychosen.

Nicht unerwähnt soll der Beitrag der experimentalpsychologischen Forschung über schizophrenieähnliche Symptome bei totaler oder partieller Wahrnehmungsisolierung ("sensory deprivation") bleiben, die die alte klinische Ansicht stützt, daß viele der in der Schizophrenie vorkommenden Symptome nicht so spezifisch sind, sondern auch bei Gesunden und Neurotikern in Ausnahmesituationen vorkommen. RÜMKE stellte in diesem Zusammenhang die Frage, "ob bei einem weit gefaßten Schizophreniebegriff das im Psychischen als schizophren Bestimmbare zugleich ein Symptom einer Krankheit Schizophrenie ist?"

Zum Problem der sogenannten "Pseudoneurotischen Schizophrenie" (P. HOCH)

HOCH und POLATIN beschrieben erstmals 1949 5 Patienten mit "pseudoneurotischen Formen der Schizophrenien". 4 dieser Patienten hatten neben vielfältigen neurotischen auch psychotische Symptome und entwickelten paranoide und paranoid-halluzinatorische Formen von Schizophrenien. Der 5. Patient wurde seiner Symptomatik nach von der Mehrzahl der europäischen Psychiater als beginnende Schizophrenie oder, wegen seiner neurotischen Symptomatik, als "Borderline-Fall" diagnostiziert werden.

In den folgenden Jahren führten HOCH und Mitarbeiter das Konzept der "Pseudoneurotischen Schizophrenie" in die nordamerikanische Psychiatrie ein. Sie stellten diese Diagnose dann, wenn "neurotische Symptome, im Vordergrund der Krankheit stehend, die spezifisch schizophrenen Primär-Symptome verdecken."

Sie fanden bei diesen Patienten neben den oft wenig ausgeprägten schizophrenen "Primär-Symptomen" im Sinne E. BLEULERS neurotische "Sekundär-Symptome" in Form von "Pan-Angst, Pan-Neurose und Pan-Sexualität". Unter "Pan-Angst" verstehen die Autoren eine frei flottierende Angst, die alles färben kann, was vom Kranken erlebt wird. Die "pan-neurotische" Symptomatik umfaßt insbesondere Zwänge, Phobien, depressive, hypochondrische und psychosomatische Symptome sowie Depersonalisationserlebnisse. Die "Pan-Sexualität" ist charakterisiert durch eine chaotische Veränderung der Sexualität, die durch Mischung genitaler und prägenitaler Entwicklungsstufen ein polymorph-pervernes Aussehen bekommt. Die schizophrenen "Primär-Symptome" sind aber, verglichen mit den gröberen Störungen, wie man sie von vollentwickelten Schizophrenien her kennt, wenig ausgeprägt und können oft besser als durch

Exploration durch psychologische Tests verifiziert werden. Der schizophrene Charakter dieser Krankheitsbilder wird deshalb oft verkannt. Daher werden sie oft als Psycho-neurosen oder als "Borderline-Fälle" diagnostiziert.

Symptomatik, Prognose und Therapie dieser Krankheitsbilder unterscheiden sich nach Meinung der Autoren beträchtlich von den gewöhnlichen Psychoneurosen. Freies Assoziieren fällt diesen Patienten schwerer als Neurotikern. Bei einigen dieser Patienten werden kurzdauernde psychotische Episoden, "Mikropsychosen", beobachtet, die fast immer mit einer völligen Re-Integration enden. Für diese Bilder ist auch charakteristisch, daß unter affektivem Druck Tagträume in echte Halluzinationen übergehen, hypochondrische Symptome sich zu coenästhetischen Wahnideen entwickeln und Beziehungsideen aus der angsthaften Kontaktgestörtheit hervorgehen können. Die "Pseudoneurotische Schizophrenie" wird gewöhnlich im 2. oder 3. Lebensjahrzehnt manifest.

Zur Bestätigung der Diagnose sind in vielen Fällen die projektiven Tests, wie Rorschach-Test, TAT u.a. von großem Wert. Eine weitere Hilfe bei der Sicherstellung der Diagnose ist die Narkoanalyse, die bei diesen Patienten Stresssituationen erzeugen und "Mikropsychosen" provozieren kann. Remittierte schizophrene Patienten bieten nach HOCHs Beobachtung oft eine ähnliche Symptomatik wie jene "pseudoneurotischen" Patienten. HOCH und Mitarbeiter, einer im Vergleich zur europäischen Psychiatrie weit gefaßten Schizophreniediagnostik verbunden, betrachten die "Pseudoneurotische Schizophrenie" als eine schizophren-desintegrative Reaktion. Sie stellt ein definitives Syndrom mit manifester Symptomatik dar, das relativ häufig ist. Es handelt sich bei diesem Syndrom um keinen "Übergang" von Neurose in Psychose oder um einen "Borderline-

Fall". In der Konzeption HOCHs deckt das Syndrom der "Pseudoneurotischen Schizophrenie" somit eine Spezialform schizophrener Psychosen.

In der Literaturübersicht weist HOCH darauf hin, daß die im Rahmen der Borderline-Fälle beschriebenen Syndrome, wie ZILBOORGs ambulatorische, BYCHOWSKI's latente Schizophrenie und VANGAARDs schizoforme Pseudoneurose, im wesentlichen mit der "Pseudoneurotischen Schizophrenie" übereinstimmen. KUTASCH definiert einen "pseudoneurotischen" Schizophrenen als einen Kranken, "der eine Menge panneurotische Abwehrmechanismen und Symptome entwickelt und behält, die unzuverlässig sind, aber doch den schizophrenen Zerfall in Schach halten". Nach BLAU stellt die "gutartige" Schizophrenie, zu der auch die "pseudoneurotische" gehört, einen dynamischen Mechanismus der psychologischen Verteidigung dar. "Psychoneurotische Reaktionen können psychotische, mit denen sie koexistieren, verdecken."

1962 veröffentlichten HOCH und Mitarbeiter erstmalig Katamnese von 109 Patienten mit "Pseudoneurotischer Schizophrenie", 5 - 20 Jahre nach Stellung der Diagnose. Patienten mit manifesten psychotischen Symptomen in der Vorgeschichte wurden dabei, im Gegensatz zur einführenden Arbeit über "pseudoneurotische Formen der Schizophrenien", nicht berücksichtigt. 22 der Patienten (20 %) entwickelten während der Beobachtungszeit eine schizophrene Symptomatik. Davon remittierte die eine Hälfte, während die andere Hälfte der Patienten chronische Formen von Schizophrenien entwickelte.

RISTIC, WOLF und ZEC sprechen in Anlehnung an HOCH von pseudoneurotischen Formen der Schizophrenie, wenn neurotische Symptome, insbesondere Ängste, Zwangsideen und -handlungen sowie Phobien, im Vordergrund des klinischen Krankheitsbildes stehen und die schizophrenen "Grundmerkmale" verdecken.

Nach HOFF, RÜMKE und STENGEL können gewisse, im Vordergrund der schizophrenen Bilder stehende neurotische Phänomene als "Defense-Mechanismen" aufgefaßt werden. HOFF sieht in der "Pseudoneurotischen Schizophrenie" das Vorhandensein des schizophrenen "Prozesses", der aber nicht zum Durchbruch kommt. Er bestätigt auch HOCHs Beobachtung, daß diese Kranken jahrelang als Neurotiker verkannt werden. SIMKO sieht in der "Pseudoneurotischen Schizophrenie" eine "auf halbem Weg steckengebliebene", noch weitgehend kompensierte Schizophrenie mit abgegrenzter Impuls- und Erlebnisproduktivität. Die psychotische Dissoziationsdynamik kann die abwehrende und stabilisierende Tendenz des "reflektierenden Ichs" episodisch oder infolge des pathologischen "Basisvorgangs" durchbrechen. Auch als Folge eines labilen Gleichgewichts zwischen störenden psychotischen und defensiven Persönlichkeitstendenzen können eine Vielzahl phänomenologischer Variationen klinischer Erscheinungsbilder entstehen. Oft erscheinen solche Phänomene erst im Remissionsstadium und werden dann häufig als Neurosen verkannt. Die "neurotischen Erlebnisgestalten" schizophrener Zustandsbilder repräsentieren so eine neue Ganzheit, die die Kohärenz und die Einheit des Bewußtseins der Persönlichkeit erhalten können.

Die wichtigsten Möglichkeiten "neurotisch geprägter" Schizophrenien anstelle "Pseudoneurotischer Schizophrenien" sieht SIMKO darin:

1. Chronisch larvierte, oft als Neurosen verkannte Formen, die einmal zum Umbruch kommen und dann sich im weiteren Verlauf als manifeste Psychosen fortsetzen.
2. Entweder linear oder wellenförmig, aber nie progressiv verlaufende Formen mit psychotischen Episoden.
3. Chronisch schleichend sich entwickelnde Formen mit scheinbar unspezifischer und irrelevanter Symptomatik, während die schizophrenen Spätphänomene in der ganzen Verlaufsgestalt verbleiben. Nur die zunehmende Ver-

sandung der Affektivität oder die fortschreitende Verschrobenheit und Verödung der Persönlichkeit erregt den "Verdacht auf Schizophrenie".

4. In neurotische Gestalten verkleidete und verarbeitete schizophrene Einzelphänomene der remittierten chronischen Psychotiker.
5. Katatone Bilder, bei denen die katatonen Syndrome zum Teil oder im ganzen zwanghaft reflexiv verarbeitet werden.
6. Erlebnisreaktive Konflikte psychotischer Patienten, von der veränderten Persönlichkeit in abnormer Weise verändert.

In der "Selbstreflexion" dieser Patienten sieht SIMKO jenes Prinzip der "Defense-Mechanismen", die die strukturelle Ordnung ausbildet und aufrechterhält. Sie wird dadurch, daß sie in der psychotischen Persönlichkeit "neurotische" Gestalten zustande bringt, zum Sicherungs- bzw. Stabilisierungsfaktor der Persönlichkeitskohärenz. Diese "reflexive" Bearbeitung ist eine komplizierte Funktion; Die Persönlichkeitsinstanzen üben auf die psychotische Dynamik neben der abwehrenden zugleich eine einschmelzende Funktion aus. Damit nimmt SIMKO also an, daß diese Kranken sich weitgehend von ihren psychotischen Störungen distanzieren können. Wenn der psychotische "Automatismus" sich nur mit einer "inneren Maßnahme" bekämpfen läßt, entsteht ein mehr oder weniger anankastisches Bild der Psychose. Häufiger liegt neben der begrenzenden eine einschmelzende Arbeit der "Selbstreflexion" vor, d.h. die mehr oder weniger beschränkte Identifikation, letzten Endes eine "sekundäre Rationalisierung des Nicht-Rationalen". Im "schizophrenic surrender" identifiziert sich das Ich mit seinen bis dahin beherrschten und als fremd gefühlten Impulsen.

In den 60er Jahren wird dem Problem der "latenten" Schizophrenie von den Psychiatern Nordamerikas eine große Be-

achtung geschenkt. Es besteht jedoch eine gewisse Unklarheit über die genaue Bedeutung dieses klinischen Begriffs bei den einzelnen Autoren; dafür spricht die Tatsache, daß verschiedene andere Begriffe wie "Borderline-case", "Pseudo-Neurose", "ambulatorische", "pseudoneurotische" u.a. vorgeschlagen werden.

E. BLEULER war der erste, der in die Psychiatrie das Konzept der "latenten" Schizophrenie, das von C.G. JUNG scharf kritisiert wurde ("Latente Schizophrenie ist ein Begriff, den der Psychotherapeut nur zu gut kennt und fürchtet"), einführte, indem er zwischen primären oder spezifisch-schizophrenen und Sekundär-Symptomen, wie Wahn, Halluzinationen usw. unterschied. Nach WEITBRECHT ist der Anspruch, daß die vielfach aufgestellten "Grundsymptome", "Primärsymptome" usw. etwas "spezifisch Schizophrenes" darstellen, nicht erfüllt. Sie sind seiner Meinung nach mehr oder weniger "bildkräftige Metaphern" (STRANSKYs intrapsychische Ataxie) oder bieten eine viel zu schmale Basis (BLEULERS klassische Assoziations- und Affektstörungen). Die Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundärsymptomen ermöglichte es BLEULER, die prä- und postpsychotische Persönlichkeit eines Patienten, der eine schizophrene Episode hatte, zu verstehen. Als "latent Schizophrene" bezeichnete er solche Personen, die, obwohl sie selten psychiatrisch behandelt werden, "in nuce" all die Symptome und Syndrome zeigen, die man beim manifest schizophrenen Kranken findet. Er brachte auch die Schizophrenia simplex mit dieser "latenten" Schizophrenie in Verbindung.

Es scheint, daß diese Begriffsverwirrung bei den nordamerikanischen Autoren durch eine ungenügende Einigung über gewisse fundamentale Begriffe bedingt sein könnte.

Ein klassisches Anliegen der Psychopathologie ist die exakte Diagnosestellung. Sie wird in einer Zeit, die

durch die Hervorhebung der verständlichen Motive fließende "Übergänge" von Neurose zu Psychose sieht, nicht weniger wichtig. Von den 109 Patienten seiner langfristigen katamnestischen Untersuchungen mit der Diagnose "Pseudo-neurotische Schizophrenie" entwickelten aber nach HOCH nur 22 Patienten (20 %) eine psychotische Symptomatik. Da die diagnostische Schwelle bei der Schizophrenie so hoch wie bei kaum einer anderen Krankheit sein kann (M. BLEULER), sind für die Diagnose einer Schizophrenie, welcher Form auch immer, psychotische Symptome zu fordern. Eine differentialdiagnostische Erwägung oder eine Verdachtsdiagnose ist für diese "Mischbilder" völlig ausreichend, da nur durch eine eventuell langfristige Verlaufsbeobachtung in den meisten Fällen die eindeutige Diagnose gestellt werden kann.

Für dieses Vorgehen sprechen die Untersuchungen ERNSTs aus dem "Burghölzli". Bei 23 von 190 teils poliklinisch, teils stationär untersuchten neurotischen Patienten ist von erfahrenen Psychotherapeuten vor 20 bis 30 Jahren die Verdachtsdiagnose oder die Prognose auf Schizophrenie gestellt worden. Davon ist bis heute nur in einem Fall eine Psychose aufgetreten. Dagegen brach bei 8 anderen Patienten desselben Ausgangskrankengutes eine Schizophrenie aus, ohne daß je ein Verdacht in dieser Richtung geäußert wurde. Für diese häufigen falschen Verdachtsdiagnosen und Fehlprognosen führt ERNST wissenschaftshistorische Gründe an: falsche Verwendung der "Primär-" oder "Grundsymptome", Denkfehler bei prognostischer Verwendung vieldeutiger Prodromalsymptome, unklares Operieren mit dem Borderline-Begriff, emotionelle Einstellungsprobleme des Therapeuten gegenüber dem Patienten bei Therapie-resistenz u.a. In prognostischer Hinsicht vermutet ERNST, daß auch der erfahrene Psychiater die Schizophrenie nicht sehen kann, bevor sie nicht manifest ist. Dies stimmt mit der klinischen Erfahrung überein, wonach das "Herannahen" der Schizophrenie und das "Präcozgefühl"

häufig zu Unrecht vermutet werden und man dafür die Krankheit dort, wo sie ausbrechen wird, nicht sieht. RÜMKE findet das für den "sehr erfahrenen Untersucher" pathognomische Kernsyndrom der Schizophrenie, das "Prä-coxgefühl", nicht bei den von ihm beschriebenen "Pseudo-schizophrenien". "Identifiziert man diese Syndrome, wenn sie ein wenig ungewöhnlich sind, mit echter Schizophrenie, dann treffen viele moderne Theorien über die Schizophrenie zu, dann steigt der Prozentsatz der Genesungen enorm."

HOCH stützte sich in diagnostisch unklaren Fällen zur Sicherstellung der Diagnose auf die Narkoanalyse und projektive Testverfahren. Eingeschränkt wird die Treffsicherheit dieser Verfahren dadurch, daß es nur wenige schwere Neurosen gibt, bei denen nicht in diesen Tests Items für eine Schizophrenie zu finden sind. So fand C. MÜLLER bei 9 von 40 gesunden Verwandten Schizophrener im Rorschach-Test "schwere Persönlichkeitsstörungen, die am ehesten Schizophrenie nahelegten", wobei sowohl an "latente" Schizophrenie wie an schizophrene Reaktionen aus Angst und Hilflosigkeit gedacht wurde. ZUCKER erhielt im Rorschach-Test bei manifesten Psychosen normalere Befunde als bei "latenten" Schizophrenien, woraus BINDER den Schluß auf eine nur recht beschränkte diagnostische und prognostische Brauchbarkeit dieser Methode schloß. In diesem Zusammenhang ist an die Feststellung M. BLEULERS zu erinnern, die Testmethodik widerspiegle im Grunde diejenigen psychopathologischen Kennzeichen, die aus der direkten klinischen Untersuchung bekannt sind; sie kann aber seiner Ansicht nach bei weitem nicht alles wiedergeben, was eine klinische Exploration vermag.

HOCHs Beobachtung, daß die Symptomatik seiner Patienten praktisch nicht von der während der Remissionsphasen auftretenden Symptomatik Schizophrener unterschieden werden kann, ist für den Autor ein weiterer Hinweis für die heterogene Zusammensetzung seines Patientengutes mit der

Diagnose "Pseudoneurotische Schizophrenie". MAYER-GROSS bemerkte schon 1932, daß häufig die Impulsverarmung allein das Bild der Remission beherrscht und daß bei diesen nicht selten als Neurosen oder Psychopathien verkannten Syndromen mannigfaltige hypochondrische Krankheitsbilder, Zustände ausgeprägter Neurasthenien und symptomarme blande Depressionen, HOCHs "anhedonische" Zustände, vorkommen. Bisher ist der schizophrene Defekt, wenn die Psychose nicht diagnostiziert wurde, auch noch nicht überzeugend von psychopathisch-neurotischen Asthenien abgegrenzt worden. In den folgenden Jahren stößt man in der Literatur auf Mitteilungen über "formes frustes", über "adynamische" und "organoneurotische" Syndrome u.a., wobei die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose selbst bei langjähriger Verlaufsbeobachtung hervorgehoben werden.

Diese unproduktiven Syndrome und Verläufe häufen sich nach Meinung vieler Autoren im Zeitalter der Psychopharmaka oder der "pharmakomorphen" Psychiatrie (WEITBRECHT). Dadurch können unterschiedliche Zustandsbilder resultieren, die auf Antriebsneurose anmuten, dies im Grunde jedoch nicht sind. Hinter blanden Versagenszuständen und stereotypen Hypochondrien sind nicht nur endogene Depressionen, sondern auch schizophrene Syndrome verborgen, die sehr schwer zu diagnostizieren sind. Diese Krankheitsbilder lassen eindeutig schizophrene Symptome oft vermissen, sind jedoch durch den Verlauf als zur Schizophrenie gehörig anzusehen. HUBER hat besonders die coenästhetische Verlaufsform herausgearbeitet, die paroxysmal exacerbiert, vorübergehend aber auch alles Gefühlsgewicht verlieren oder ganz verschwinden kann. Auf diesen Symptomenwandel bei Psychosen zu unproduktiven Verläufen und bei den Neurosen zu den "Intimformen" (v. BAEYER) und Charakterneurosen wurde mehrfach hingewiesen.

HOCHs Feststellung, daß es für den "pseudoneurotischen"

Patienten keine einheitliche Therapie gibt, daß Besserungen, Heilungen und Verschlechterungen mit und ohne Therapie zu beobachten waren, scheint ein weiterer Hinweis auf die heterogene Zusammensetzung seiner Patienten mit "Pseudoneurotischer Schizophrenie". Die Erfolge und Mißerfolge der Therapie in der Psychiatrie sind jedoch nur dann richtig zu beurteilen, wenn man genau weiß, was der Untersucher in seiner Publikation mit "Schizophrenie" meint.

Das Interesse, das die "Pseudoneurotische Schizophrenie" vor allem im amerikanischen Schrifttum fand, ist wohl auf die allgemein verbreitete Unsicherheit bei der "Borderline"-Diagnose zurückzuführen. Durch die Abgrenzung dieses Krankheitsbildes glaubte man die oft erheblichen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten zwischen Neurose und Schon-Psychose zu vermindern. Diese Schwierigkeiten sind jedoch in den meisten Fällen nur durch eine Verlaufsbeobachtung zu belegen. Die intensive Beschäftigung mit diesen "Mischbildern", die mehr den Sowohl-als-auch- als den Entweder-oder-Charakter eines Krankheitsbildes betont, sollte nicht durch nosologische Überzeugungen gehemmt werden. Die Hypothese einiger angeführter Autoren, daß eine "neurotische" Symptomatik einen psychotischen Bewältigungsmodus darstellen kann, ist für die vielfältigen klinischen Phänomene sehr bedeutungsvoll.

Ausgehend von diesen Überlegungen und den langfristigen katamnestischen Untersuchungen HOCHs, die gezeigt haben, daß nur 20 % seiner Patienten mit "Pseudoneurotischer Schizophrenie" während der Beobachtungszeit eine schizophrene Symptomatik entwickelten, ist der Autor der Ansicht, daß die nosologische Stellung dieses Syndroms ungenau bleibt und daß sich wegen des im Vergleich zur europäischen Psychiatrie sehr weit gefaßten Schizophreniebegriffes dahinter vielfältige neurotische und psychotische Krankheitsbilder verbergen können.

III. Untersuchungsmethode und diagnostische Auswahl

Der Untersuchung liegen 52 Krankengeschichten von schizophrenen Patienten der Universitätsnervenklinik zugrunde, bei denen vor dem Auftreten manifest psychotischer Symptome ein- oder mehrmals eine neurotische Erkrankung diagnostiziert wurde.

30 der Patienten sind Frauen, 22 Männer.

Alter bei der schizophrenen Erkrankung:

<u>10-20 J.</u>	<u>21-30 J.</u>	<u>31-40 J.</u>	<u>41-50 J.</u>	<u>51-60 J.</u>
11	20	17	3	1

Bei Ausbruch der Psychose sind 40 Patienten ledig, 10 Patienten verheiratet und 2 Patienten geschieden.

Alle diejenigen schizophrenen Kranken, die mit hirnorganischen oder anderen schweren körperlichen Erkrankungen kompliziert sind, werden nicht in diese Untersuchung einbezogen. Ebenso fielen alle senilen Psychosen und Schizophrenien im Involutionalter fort. Dagegen werden die aufgrund ihrer exogen-traumatischen Auslösung und ihrer raschen Abheilung als schizophrene Reaktionen oder psychotische Episoden bezeichneten Psychosen einbezogen, sofern die psychotische Symptomatik im Querschnitt ein typisches Gepräge zeigte. Depressive Einschläge führten dann nicht zum Ausschluß, wenn die Psychose vorwiegend als schizophren imponierte.

Der Ausbruch der Psychose wird in akut, subakut und schleichend unterteilt. Als akut wird ein Ausbruch innerhalb von 14 Tagen, als subakut innerhalb von 14 Tagen bis 6 Monaten und als schleichend innerhalb einer noch längeren Frist bezeichnet. Diese Zuordnung ist zwangsläufig in einigen Fällen willkürlich, vor allem gilt dies für die Entscheidung, ob ein Beginn als akut oder subakut zu bezeichnen ist.

Die Verlaufstypik der neurotischen Erkrankung bis zum Beginn der Psychose wird in kontinuierliche und in Verläufe mit Intermissionen eingeteilt. Bei letzteren liegen ein oder mehrere neurotisch symptomfreie Intervalle zwischen der Diagnose Neurose und dem Ausbruch der Psychose vor. Als Krankheitsbeginn der schizophrenen Psychose wurde das erste Manifestwerden von Symptomen psychotischen Ausmaßes betrachtet.

IV. Kasuistik

=====

1) Renate H. (1091/1957)

Die 36jährige Patientin leidet außer an hochgradiger Gewichtsabnahme - bei einer Größe von 170 cm wiegt sie 40 kg - an diffusen Ängsten und schwerer Schlaflosigkeit. Bei psychischen Belastungen erbricht sie seit ihrer Kindheit sehr häufig.

Erstmalig tritt ihre Symptomatik in ihrem 23. Lebensjahr auf, nachdem eine unglückliche Liebe zu einem verheirateten Mann in die Brüche geht; das ist das stärkste Erlebnis in ihrem Leben. Nach dieser Enttäuschung wendet sie sich der "Religion und Musik" zu, "weil der Mann, den ich damals liebte, eine gegenteilige Entwicklung durchmachte und sich mit anderen Frauen gut verstand". Sie schreibt ihm, daß sie ihn verläßt und sich "Christus hingibt".

Nach der Trennung hat sie ein "Christuserlebnis". "Ich hab' ihn zwar nicht gesehen, aber so etwas spürt man eben, das ist Heilsgewißheit und Gotteskindschaft". Ihre psychisch sehr auffällige Mutter, Mitglied einer obskuren Sekte, hat ähnliche Erlebnisse. Sie berichtet über optische Halluzinationen, die als eidetische Phänomene im Rahmen der Neurose angesehen werden. So sieht sie das Kreuz, den Teufel vor sich, wenn sie mit starken Schuld- und Versündigungs-ideen onaniert oder sich aggressiven Phantasien gegenüber der Mutter und der kürzlich verstorbenen Schwester, der gegenüber sie sich als Aschenbrödel vorkommt, hingibt.

Mit 28 Jahren verstärken sich ihre Symptome erneut bei der Erkrankung der Mutter, die von ihr gepflegt wird. Damals faßt sie den Entschluß, sich von der Mutter zu trennen, an die sie stark ambivalent gebunden ist.

Sie hat ihre Mutter im Verdacht, daß sie ihre Krankheit

dramatisiert, um sie in ständiger Abhängigkeit zu halten. Die Mutter erzählt ihr auch, daß sie als zweites Kind nicht mehr erwünscht war und sie deshalb eine Abtreibung vorgenommen hat. Großväterlicherseits besteht eine psychotische Belastung.

1. Diagnose: Angstneurose; Schizophrenie?

2 Jahre später wird sie erneut stationär aufgenommen. Ihre Symptomatik wird wieder akut, nachdem sie einen Bekannten trifft, zu dem sie sich stark hingezogen fühlt. Da dieser Mann verheiratet ist, entwickelt sie starke Schuldgefühle. Globusgefühl, Druck auf der Brust und das Gefühl, keine Luft mehr zu bekommen, kommen neu hinzu. Es kommt ihr in letzter Zeit so vor, als wollten die Leute sie "gemein" machen; auch von ihrem Bekannten hat sie diesen Eindruck. Sie glaubt, daß er sie beobachten läßt; deswegen notiert sie sich Autonomnummern.

2. Diagnose: Angstneurose; Verdacht auf Schizophrenie

In den folgenden 1 1/2 Jahren wird sie 2mal stationär behandelt. Zu ihren bekannten Symptomen treten zunehmende Grübelsucht und zahlreiche hypochondrische Beschwerden, darunter auch coenästhetisch anmutende, hinzu.

3. Diagnose: Verdacht auf chronisch schleichende Psychose

14 Monate später wird sie erneut stationär aufgenommen. Nach Auseinandersetzungen mit ihrer Sekte wird sie bettlägerig und ist kaum noch. Sie fühlt sich durch ein Sektenmitglied hypnotisiert und glaubt drohende "Stimmen" gehört und einen Totenkopf gesehen zu haben.

In den letzten Tagen tritt unmotiviert Todesangst auf. Nach einem Erregungszustand ist sie negativistisch und fast stuporös und gibt eine Monate zurückreichende Amnesie an. Phoneme und optische Halluzinationen können nicht mit Sicherheit festgestellt werden.

4. Diagnose: Verdacht auf Schizophrenia simplex

16 Monate später wird sie erneut stationär aufgenommen. In ihrer Sekte läßt sie sich die "Hände auflegen". Seit dieser Zeit geht es ihr sehr schlecht, ihr ganzer Körper schmerzt, und sie hört beunruhigende Geräusche in ihrem Zimmer. Da sie nicht am "Abendmahl" teilnehmen kann, legen ihr "die Schwestern im Glauben" die Hände auf und sagen: "Du bist des Todes, du hast hier nichts verloren." Am anderen Tag ist sie "zu Tode erstarrt und ganz kalt".

Sie sitzt im Bett und faselt vor sich hin: "Ich bin der Herr des Lebens... je suis... je suis... ich bin eine Leiche... ich schaue immer nach unten auf das Geschlechtsteil, weil ich eine Hure bin... Doktor, ich will mit

Ihnen ficken" usw. Dabei ergeht sie sich in unflätigen persönlichkeitsfremden Redensarten.

Endgültige Diagnose: Schizophrenie; vorwiegend paranoiden Charakters

2) Bernd S. (14/1964)

Der 16jährige Patient ist wegen Angst, Kontaktstörungen, häufigem Weinen und Bettnässen von seinem 10. bis zu seinem 13. Lebensjahr in psychotherapeutischer Behandlung. Im Anschluß daran beginnt er eine handwerkliche Lehre.

Nach der Trennung von seiner Freundin wird er zunehmend unruhiger, depressiver und ängstlicher und macht mit Tabletten einen Suizidversuch.

1. Diagnose: Pubertätskrise

2 Jahre später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Seine frühere Freundin taucht wieder auf und will es bei einem "Bruder-Schwester-Verhältnis" belassen. Seit dieser Zeit trinkt er, zuletzt regelmäßig eine halbe Flasche Whisky pro die, um seine innere Unruhe und Schlaflosigkeit zu bekämpfen. Ein Mädchen, das er auf einer Party kennenlernt, beschuldigt er, seinen Freund bis zum Nervenzusammenbruch zu quälen. Er glaubt, daß seine Mutter mit diesem Mädchen unter einer Decke steckt und mit ihr einen "call-girl-Ring" bildet, der es sich zum Ziel setzt, ihn und seinen Freund zu vernichten. Er beschädigt das häusliche Telefon, um seine Mutter aus dem "call-girl-Ring" auszuschalten. Um sich diesen psychotischen Beeinträchtigungen zu entziehen, macht er einen Suizidversuch.

In der Klinik glaubt er sich von seiner Mutter und seinem Freund beobachtet, die ihn zur Prostitution zwingen wollen u.ä. Nach einem Belastungsurlaub macht er erneut einen Suizidversuch.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

3) Zermira N. (839/1966)

Die 16jährige klagt seit einigen Wochen über diffuse und viele phobische Ängste. Sie berichtet über Angstträume, in denen Wirbelstürme vorkommen, die sie aufschrecken lassen.

Aus Angst, zu dick zu werden, ißt sie kaum noch etwas. Sie bildet sich ein, daß ihr Körper und ihr Gang schief sind und äußert die Meinung, daß ihr das Essen aus den

Ohren herauskommt. Vor 1 Jahr bestand ein ähnlicher Zustand, der nur wenige Tage dauerte. Während der klinischen Beobachtung bietet sie keine Auffälligkeiten; es können erhebliche Konflikte mit den Eltern eruiert werden. Die Verhaltensweisen dem Essen gegenüber werden als Trotzreaktionen gedeutet, die bizarren Äußerungen, daß ihr das Essen aus den Ohren herauskommt und ihre Arme zu dick werden, werden als anorektisches Symptom angesehen.

1. Diagnose: Verdacht auf Reifungskrise mit angsthaften und möglicherweise anorektischen Zügen.
Hebephrenie?

2 Monate später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Nach der Entlassung entwickelt sie eine "Putzwut", die darin besteht, daß sie ständig und grundlos die Wohnung reinigt. Sie wird zunehmend unruhiger, zeigt eigenartig hölzern-steife Bewegungen und stereotype Manierismen. Im Verhalten wird sie zunehmend läppischer, lacht grundlos, wird körperlich unsauber und begeht grobe Fehlhandlungen. Sie ist wahngestimmt und ihr Denken ist zerfahren. Ihre sprachlichen Äußerungen werden zunehmend unverständlicher und verworrener.

2. Diagnose: Hebephrenie

4) Roman L. (820/67)

Anlaß des psychiatrischen Gutachtens über den 55jährigen Dr. L. ist eine arbeitsgerichtliche Auseinandersetzung, die die Berechtigung seiner vorzeitigen Versetzung in den Ruhestand zum Gegenstand hat.

Dabei wird von der betreffenden Dienststelle vorgetragen, daß er ständig angehalten werden muß, seine Abschlußberichte termingerecht fertigzustellen, und daß die Behandlung von Patienten und die Regelung von Terminen unter Verzögerung leiden. Er ist unfähig, seine Aufgaben fachlich einwandfrei durchzuführen und schriftlich abzufassen. Weiterhin ist er nicht in der Lage, berechnete dienstliche Anweisungen einzusehen und sein Verhalten entsprechend zu korrigieren.

Es wird im Gutachten Stellung genommen zu der Frage, wie weit er nach Verhalten und Persönlichkeit in der Lage ist, seine beruflichen Aufgaben zu erfüllen. Er wird während drei Sitzungen ausführlich exploriert. Das Gutachten kommt zu folgendem Ergebnis:

Bei ihm liegt eine schwere neurotische Arbeitsstörung auf dem Boden chronischer beruflicher Überforderung sowie eine abnorme Erlebnisreaktion vor, in der die beruf-

lichen Schwierigkeiten umgedeutet und im Sinne eines Rentenkampfes verarbeitet werden.

Es besteht außerdem eine langfristige vorberufliche Störung der Persönlichkeitsentwicklung, die zum Aufbau einer durch überwertige Ideen und erhöhte Eigenbezüglichkeit gekennzeichneten Gesamthaltung geführt hat. Auf dem Boden zunehmend sich verschärfender Lebensschwierigkeiten hat sich bei ihm eine querulatorisch-paranoische Einstellung herausgebildet, die als Ausdruck einer in Teilbereichen wahnhaften Realitätsverkennung und Abwehr zu kennzeichnen ist.

Zusammenfassend muß festgestellt werden, daß wegen der neurotischen und der in Teilbereichen wahnhaften Störungen hinsichtlich einer ärztlichen Tätigkeit Dienstunfähigkeit besteht.

6 Monate nach Fertigstellung des Gutachtens erfolgt stationäre Aufnahme. Seit 2 Monaten ist er in seinem Wesen verändert. Er wird zunehmend aggressiver gegenüber seiner Frau und würgt sie mehrfach. Er redet wirr durcheinander und behauptet: "Meine Schwägerin ist im Bunde des Bösen."

Er klagt darüber, daß er 3 Fernsehsendungen über sich gleichzeitig ertragen muß; er ruft den Sender an und bittet darum, die Sendungen über ihn einzustellen. Er hört "Stimmen" und beklagt sich darüber, daß seine Gedanken "abgezogen" werden.

Dabei äußert er immer wieder: "Es sind keine Stimmen wie bei Schizophrenie." Eine Cousine leidet an Schizophrenie.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

5) Ilse B. (459/68)

Die Symptome der 19jährigen beginnen nach einem Zeltlagerbesuch, wo sich ihre Freundin mit Männern herumtreibt; seit dieser Zeit kann sie niemand mehr in die Augen schauen.

Sie hat Angst vor Männern, errötet dauernd und hat neben einer Fülle phobischer Ängste eine ausgeprägte Agoraphobie. Sie hat Angst vor der Zuwendung von Jungen und davor, nur angeschaut zu werden. Sie befürchtet, hypnotisiert und willenlos zu werden, um von ihr etwas zu erreichen. "Ich bilde mir in letzter Zeit soviel ein." Aus Angst vor der Kundschaft läuft sie von ihrer Lehrstelle weg und treibt sich herum.

Ihr Vater erzählt ihr oft "sexuelle Dinge" und sieht sie dabei mit "durchbohenden Blicken, so seltsam" an. Sie klagt über Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Schwitzen

und Schlaflosigkeit. Bis zum Auftreten ihrer Symptome ist sie eine der besten Schülerinnen und steht oft im Mittelpunkt; seit dem Beginn ihrer Störungen lassen ihre Leistungen nach, und sie geht von der Schule ab.

Großmütterlicherseits besteht eine psychotische Belastung.

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion; endogene Komponente?

4 Monate nach der Entlassung entwickelt sich ein katonisches Bild. Nach Auflockerung mit Psychopharmaka äußert sie Wahnideen und klagt über Phoneme.

Sie wird in den folgenden Jahren wegen erneuter schizophrenen Schübe mehrfach stationär behandelt.

Abschließende Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie mit Defektbildung

6) Peter L. (64/1968)

Der 30jährige Patient steht zur Zeit im Staatsexamen; es besteht eine starke Prüfungsangst, die ihn seit seiner Schulzeit ständig begleitet. Seit seiner frühen Kindheit kämpft er vergeblich gegen seine Onanie an, von der er überzeugt ist, daß sie seine psychische und physische Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Bereits mit 4 bis 5 Jahren fängt er mit der Onanie an; die Eltern binden ihm die Hände fest, um dies zu verhindern. Bis zu seinem 8. Lebensjahr ist er Bettnässer. Später kämpft er vergeblich mit Leistungssport gegen seine Onanie an.

Seine Eltern sind "ehrliche und erstklassige Leute, nur hinsichtlich der Aufklärung haben sie versagt". Die Erziehung der Eltern ist durch zwei Faktoren bestimmt:

1. sexuelle Beziehungen kommen erst nach der Heirat in Frage; 2. die Onanie ist maßlos schädlich und zerrüttet Körper und Geist.

Er hat noch "kein Mädchen angerührt" und will noch nicht heiraten, um seinen Körper nicht durch Geschlechtsverkehr zu schwächen und für den Leistungssport untauglich zu machen. Seit seiner Kindheit hat er einen "eisernen Willen" und legt eine starke Gerechtigkeitsbetonung gegenüber seinen Brüdern an den Tag.

Suizidabsichten und Depressionen verstärken sich nach Ablehnung seiner Diplomarbeit. Zur stationären Aufnahme kommt es, nachdem er vor der letzten Prüfung zunehmend schlafloser, aufgeregter und gespannter wird. Er beginnt mit seinen Angehörigen fanatisch über philosophische und sexuelle Grundsatzfragen zu diskutieren, was vordem nie der Fall ist. Er ruft eine oberflächliche Bekannte an und macht ihr einen Heiratsantrag; er weiß, "daß sie

mich wahnsinnig liebt". Nach dem Telefongespräch befürchtet er, daß sie sich das Leben nimmt. Aus ihrer zurückhaltenden Antwort glaubt er zu entnehmen, daß man ihn testen will, wie groß seine Liebe zu ihr ist.

In den folgenden Tagen äußert er wahnhaft verarbeitete religiöse Ideen und glaubt von seiner Menière-Krankheit, an der er seit 6 Jahren leidet, geheilt zu sein. Einem einsetzenden Glücksgefühl folgen bald unangenehme Gemütsverstimnungen, und er glaubt, alle Menschen werden in nächster Zukunft umkommen. Er selbst hat wegen seiner Onanie gegenüber Gott schwer gesündigt.

Er äußert weltverbesserische Ideen und faßt den Entschluß, Pfarrer zu werden. Er fordert alle seine Bekannten auf, mit ihm in die Kirche zu gehen und für die Heilung seiner Menière-Krankheit zu beten. Die Umtriebigkeit und die Erregung nehmen zu, so daß eine Einweisung erfolgt.

Kurz vor der Einweisung kommt es zu optischen Halluzinationen: er sieht u.a. die Sonne dreigeteilt und glaubt darin ein Zeichen für die Dreieinigkeit Gottes zu erkennen.

Unter Psychopharmaka distanziert er sich in kurzer Zeit von seinen psychotischen Erlebnissen und zeigt Krankheits-einsicht. Die Ursache für seine Erkrankung sieht er in seiner häufigen Onanie.

Die Urgroßmutter mütterlicherseits litt an einer Wochenbettpsychose.

Diagnose: psychotische Episode bei neurotischer Persönlichkeit; Morbus Menière

7) Johann S. (263/1961)

Der 20jährige Patient ist hochgradig weinerlich und unruhig. Im Vordergrund stehen allgemeine Insuffizienzgefühle, Konzentrationsstörungen und Störungen im Verhältnis zu Mädchen.

Mit 12 Jahren warnt ihn ein Priester, daß man durch Onanie geisteskrank wird; seitdem hat er Angst davor, verrückt zu werden. Er wird streng katholisch erzogen; "die Religion ist für mich mit Strafe, mit physischer und psychischer Qual verbunden".

Der Vater wacht früher mit dem Stock darüber, daß er täglich 5 Stunden für die Schule arbeitet. In Anwesenheit des Vaters fühlt er sich bedrückt und kann es kaum aushalten, mit ihm im selben Zimmer zu sein. "Mein Vater hat nie gelacht, er war völlig unbeherrscht."

Der Mutter gegenüber ist er nach dem Tode des Vaters stark ambivalent eingestellt; einerseits fühlt er sich

in kindlicher Abhängigkeit, andererseits glaubt er sich unverstanden und durch die lamentierende und depressive Art der Mutter in seiner Krankheit bestärkt.

Er soll den Beruf des Vaters ergreifen, obwohl er sich stets einen geistigen Beruf wünscht. Seine schulischen Leistungen sind ausgezeichnet. Seine Umgebung sieht er manchmal fratzenhaft verzerrt, "besonders die Mundpartie der Leute". Vor einigen Monaten "hatte ich das Gefühl, plötzlich durch eine dünne Eisdecke durchzubrechen und in eine nebulöse Tiefe zu verschwinden". Er tobt dann zu Hause und wird mit der Feuerwehr in ein Krankenhaus gebracht; dort wird eine "Herzneurose" festgestellt und ihm eine psychotherapeutische Behandlung nahegelegt. Kurz vor der Aufnahme verspürt er einen zwanghaften Suiziddrang und Suizidimpulse: "Es war wie ein unwiderstehlicher Zwang, in die Küche zu gehen und mir mit dem Messer die Pulsadern aufzuschneiden." Affektiv wirkt er wenig moduliert.

1. Diagnose: schwere chronifizierte Neurose

4 Jahre später wird er in einem verstörten und autistischen Zustand erneut aufgenommen. Zwischenzeitlich beginnt er eine psychotherapeutische Behandlung, die es ihm ermöglicht, sein Studium zum Abschluß zu bringen.

In den letzten Tagen wird er zunehmend unruhiger und verbarrikadiert sich in seinem Zimmer. Es steht ein mutistisch-autistisches Syndrom im Vordergrund. Nach Auflockerung mit Psychopharmaka kann eine deutliche Wahnstimmung eruiert werden. Er bietet imperatorische Phoneme, Größenideen und paranoide Beziehungs- und Beeinträchtigungserlebnisse.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie; präkatatoner Zustand

8) Renate N. (292/1959)

Die 44jährige Kranke ist seit 2 Jahren ihrem Mann und der Tochter gegenüber vollkommen interesselos. Sie leidet sehr unter ihrer Gefühlskälte, da ihr Mann sehr nett zu ihr ist. Sie ist sehr ängstlich und traut sich nicht mehr unter Menschen zu gehen; ihre erotischen Gefühle sind "völlig abgestorben".

Dieser depressive Zustand tritt auf, nachdem die Eheleute die Schwiegermutter bei sich aufnehmen; diese hat die Patientin nie akzeptiert und sie während der ersten Ehejahre vollkommen unterdrückt. Bei der Erziehung der Tochter wird sie von ihr in jeder Hinsicht bevormundet.

Vor einigen Jahren fühlt sie sich nach einem Seitensprung vorübergehend beobachtet und verfolgt.

Mütterlicherseits besteht eine Involutionspsychose.

1. Diagnose: reaktive Depression

15 Monate später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Vor einer Woche ist zuerst die Schwiegermutter, einen Tag später auch die Tochter verweist. Seit dieser Zeit ist sie ständig um die Tochter besorgt und glaubt, daß ihr etwas zugestoßen ist. Sie hört "Kinderstimmen", die um Hilfe rufen. Beim Einkaufen bezieht sie alle Gespräche auf sich und glaubt, daß alle Leute mit dem Finger auf sie zeigen. Einer Bekannten erzählt sie, daß ihr Mann der gesuchte Verbrecher aus G. ist; zu dieser Meinung kommt sie, weil ihr Mann ihr nicht die Zeitung reicht, in der über diesen Verbrecher berichtet wird.

Unter Psychopharmaka bilden sich die psychotischen Erlebnisse bald zurück. Die wahnhaften Ideen werden von ihr als krankhaft angesehen.

2. Diagnose: schizoforme Psychose

9) Irving P. (732/1960)

Der 21jährige Kranke unterzieht sich einer einjährigen Psychoanalyse wegen folgender Symptomatik: seit seiner Kindheit ist er überängstlich und kontaktgestört und leidet an Zähl- und Sammelzwängen sowie an "Erregungszuständen". Er hat Angst "verrückt zu werden" und glaubt, daß alle Menschen, vor allem Mädchen, schlecht von ihm denken.

Schon als 10jähriger sammelt er zwanghaft sämtliche Fahrpläne und Landkarten, die er bekommen kann. In jeder Stadt orientiert er sich zwanghaft über die Nummern und Streckenabschnitte aller dort fahrenden Straßenbahnen u.ä.

Der Vater, von Beruf Ingenieur, ist sehr versponnen und introvertiert und leidet an ähnlichen Zwangssymptomen: "Er ist genauso wie ich." Mit 26 Jahren wird der Vater längere Zeit psychiatrisch behandelt. Die Mutter leidet an häufigen "Nervenzusammenbrüchen".

1. Diagnose: Zwangsneurose

3 Jahre später erfolgt stationäre Aufnahme. Vor 3 Jahren gibt er sein Studium auf und arbeitet jetzt als Heizungsmoniteur; auch die Psychoanalyse bricht er ab: "Ich fühlte mich dem allen nicht mehr gewachsen." Er leidet an "Überspannungszuständen", "fixen Ideen", befürchtet wahnsinnig zu werden und hat unerträgliche Angstvorstellungen. Er glaubt das Bewußtsein zu verlieren und an einem Herz-

infarkt zu sterben. Er schildert Unheimlichkeitserlebnisse, Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse und paranoide Ideen. Sein Gedankengang ist hochgradig zerfahren. "Die Angst steigt den Nacken herauf und will mich kaputtmachen, wissen Sie, das ist Suggestion, Schuldgefühl, das hat was mit dem Ödipuskomplex zu tun... das ist ein Bewußtsein meiner Tiefenperson... ich hab' in einem provisorisch gefestigten Gleichgewichtszustand gelebt... langsam wird das zersetzt... dann hat es einen Krach gegeben." usf.

2. Diagnose: Hebephrenie

Er wird innerhalb der nächsten 4 Jahre noch 2mal stationär behandelt.

Abschlußdiagnose: Schizophrenia simplex; Restzustand

10) Käthe M. (724/1951)

Die 22jährige Kranke klagt über seit Jahren bestehende Weinkrämpfe. Dabei verspürt sie den Drang, etwas zu zerschlagen, um sich abzureagieren. Aufgrund von Erziehungs- und Umwelteinflüssen bildet sich bei ihr ein starkes Insuffizienzgefühl heraus, das auf der von ihr so empfundenen Aplasie ihrer Brust beruht. Vom Vater und ihrem Bruder wird sie oft wegen ihrer knabenhaften Gestalt gehänselt. Sie ist der Meinung, daß ihre geistige Entwicklung erfolgt, ihre körperliche jedoch zurückbleibt.

Diese Beschwerden sind besonders schlimm, seitdem sie vor einem halben Jahr ihren Freund kennenlernt. Dieser gibt sich vergeblich die größte Mühe, ihr die "Hirngespinnste" über ihre Figur auszureden. Beim Geschlechtsverkehr hat sie das Gefühl, ihr Freund kann sie wegen ihrer Figur nicht als vollwertige Frau anerkennen.

Aus den Blicken der Männer glaubt sie auch herauszulesen, daß sie als Frau nicht für voll genommen wird. Während eines Belastungsurlaubs hat sie mehrmals das Gefühl, daß sie von Männern beobachtet wird.

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion bei sensitiver Persönlichkeit

10 Jahre später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Sie gibt eine Unmenge coenästhetischer körperlicher Mißempfindungen an und klagt über Vergeßlichkeit, Angstzustände, Konzentrationsschwäche und Schlaflosigkeit. Aus Furcht vor den unangenehmen körperlichen Sensationen verständigt sie sich zuletzt nur noch durch Zeichensprache.

Mütterlicherseits besteht eine schizophrene Belastung.

2. Diagnose: Schizophrenia simplex

11) Marianne E. (766/1961)

Bei der 25jährigen Kranken entwickelt sich vor dem ersten theologischen Staatsexamen ein ängstlich-depressiver Verstimmungszustand mit vielen funktionellen Beschwerden. Es treten, in Zusammenhang mit der Verlobung und Verheiratung ihres geliebten Bruders, phobische Ängste auf: Platzangst, Verkehrsmittelangst, Brückenängste. Wasser meidet sie ängstlich, da sie das Gefühl hat, sie kann heruntergezogen werden. Sie klagt über Schwierigkeiten im Umgang mit jungen Männern; sie ist zu gehemmt und "kompliziert" und zerstört damit jede sich anbahnende Freundschaft. Außerdem klagt sie über körperliche Mißempfindungen in Form von "Leibesempfindungen, Reizgefühle im Leib", die deutlich erotisch gefärbt sind.

Diese Beschwerden verschlimmern sich akut, nachdem ein unverheirateter Pfarrer in das Haus ihrer Eltern zieht. Sie vermutet, daß man sie mit diesem verheiraten will, "das wäre eine Partie", und vermeidet überängstlich jede Begegnung mit ihm.

1. Diagnose: Angstneurose bei sensitiver Persönlichkeit

1/2 Jahr später erfolgt stationäre Aufnahme. Nach Bestehen ihres Examens als Vikarin tritt sie eine Stelle als Pfarramtskandidatin an. In ihrem Beruf fühlt sie sich überfordert, sie hat Angst vor den Altar zu treten, da sie befürchtet, dort umzufallen. Ihre körperlichen Mißempfindungen verschlimmern sich erheblich, im Kopf "ziehen die Reaktionen alle so ab, nach unten in den Bauch". Sie kann keine Gedanken mehr zu Ende denken, diese werden ihr "entzogen, als ob die Nerven gelähmt sind; diese wühlen nur den Körper auf, ohne den Kopf zu erreichen". Diese Mißempfindungen werden ihr von ihrem Arzt "anhypnotisiert", oder die Machenschaften gehen von ihrer Gemeinde aus, die sie "mit aller Gewalt" verheiraten will. Zu einem Pfarrer entwickelt sie zahlreiche Beziehungs-ideen und Beeinträchtigungserlebnisse.

2. Diagnose: paranoide Schizophrenie

12) Ingeborg R. (550/1963)

Die 34jährige Kranke hat seit ihrer Heirat Angst. Zuerst ist die Angst an die Menses gebunden, später wird sie diffus, und es treten eine Fülle phobischer Ängste hinzu. Sie ist eine wenig differenzierte Persönlichkeit mit ausgeprägten Kontaktproblemen. Besonders im erotisch-sexuellen Kontakt ist sie bei infantiler Mutterbindung erheblich gestört. "Ich bin nie aufgeklärt worden; meine Mutter sagte, das macht der Mann in der Ehe." Sie klagt

über einen "Wasch- und Sauberkeitszwang, alles muß am richtigen Platz liegen". Vor dem Geschlechtsverkehr wäscht sie sich 1 1/2 bis 2 Stunden, dann ist dem Mann meist "das Verlangen vergangen".

Nach der Geburt ihres Kindes nimmt sie stark an Gewicht ab, bezieht viele Dinge auf sich, fühlt sich verfolgt und ist ganz "durcheinander".

1. Diagnose: neurotische Entwicklung bei infantiler Persönlichkeit; Verdacht auf Wochenbettpsychose

Wenige Monate später erfolgt erneut stationäre Aufnahme. Sie vernachlässigt den Haushalt, hält sich vorwiegend im Bett auf und wird sehr mißtrauisch; ihren Mann bezieht sie der Notzucht an der kleinen Tochter.

Am Aufnahmetag wirkt sie wie betrunken, trägt ständig eine Sonnenbrille, redet verworren, klagt über Angstfälle und äußert Verfolgungsideen. Der Mutter gegenüber wird sie aggressiv und droht, sie aus dem Fenster zu stürzen.

2. Diagnose: Schizophrenia simplex

Sie wird in den folgenden Jahren noch mehrfach wegen ihrer schizophrenen Symptomatik stationär behandelt.

Eine Großmutter hat eine Wochenbettpsychose.

13) Elsa L. (249/1962)

Die 41jährige Kranke wird durch Briefe an die Ärztekammer auffällig; in diesen behauptet sie, von einem Psychotherapeuten "auf psychischem Wege sexuell mißbraucht zu werden". Sie äußert darin zahlreiche Wahnideen, die sich fast ausschließlich mit Sexuellem befassen.

Vor 4 Jahren ist sie 1 1/2 Jahre in psychotherapeutischer Behandlung. Damals leidet sie an folgender Symptomatik: Tremor capitis, diffuse und phobische Ängste sowie Unfähigkeit, in Gesellschaft zu gehen.

1. Diagnose: Angstneurose; psychogener Tremor capitis

In der Klinik beklagt sie sich über "Gedankenstehlerei" und darüber, "Versuchskaninchen" ihres Therapeuten zu sein. Sie spürt, "wie er auf meinem Geschlechtsnerv mit Musik herumreitet". Es kommt ihr auch so vor, als ob sie elektrisch aufgeladen wird. Seit einem halben Jahr hört sie die "Stimme" ihres Therapeuten. Bei der erregten Schilderung ihrer psychotischen Beeinträchtigungen steigert sich ihr Kopftremor erheblich.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

14) Gerthold A. (1208/1953)

Bei dem 19jährigen Patienten besteht seit dem 6. Lebensjahr eine Onanieproblematik, die mit starken Schuldgefühlen verbunden ist. Er spielt damals viel am Penis; seine Mutter überrascht ihn dabei und schlägt ihn deswegen. Seither "beherrscht" ihn die Onanie, auf die er seine Leistungsstörungen, seine Kontaktschwierigkeiten, seine Depressionen und seine Konzentrationsunfähigkeit zurückführt.

Er glaubt sich durch die Onanie körperlich zu schädigen, so daß er schließlich hypochondrisch seinen Puls und seine Herztöne kontrolliert. Außerdem klagt er über Angst vor dem gewalttätigen Vater und vor Autoritätspersonen überhaupt, aus der heraus er vielen Anforderungen passiv, selbstunsicher und gehemmt begegnet. Vater und Vatersvater sind Potatoren.

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion in der Spätpubertät

12 Jahre später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Zwischenzeitlich macht er das Abitur, studiert Chemie und bereitet sich jetzt auf seine Abschlußprüfung vor.

Der 31jährige Kranke, der noch immer bei seiner Mutter wohnt, von der er sich nicht lösen kann, leidet an zunehmenden Konzentrationsstörungen und verliert nach und nach den Kontakt zu seinen Freunden und Bekannten.

Vor 3 Wochen erfolgt ein "vehementen Ausbruch". Gedanken und "Stimmen" beginnen auf ihn einzustürmen, die ihn sehr beunruhigen. Er hört in allen Einzelheiten die Diskussionen von Freunden über sich. Sie unterhalten sich darüber, warum er eine bestimmte Kollegin nicht heiratet, zu der er sich hingezogen fühlt. Sie meinen, daß sie ihn aufklären müssen und daß er seine Mutter zur Frau nehmen muß, wenn er nicht bald heiratet.

"Meine Bekannten können meine Gedanken lesen, ich hab' darauf keinen Einfluß. Es ist mir eingegeben, daß ich die Bibel lesen muß, um eine auf mich lauende Gefahr zu bannen" usw.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

15) Mustafa H. (835/1963)

Der 33jährige Kranke leidet seit einem Jahr an einem Waschwang und an zunehmender Grübelsucht, die die Weiterführung seines Studiums unmöglich machen.

Schon früher sind sein gesteigertes Sauberkeitsbedürfnis und seine pedantische Ordnungsliebe auffällig. Der

Waschzwang tritt erstmalig verstärkt auf, als die Mutter seiner Freundin diese gegen ihn "aufwiegelt". Der Vater ist gegen eine Verbindung und bezeichnet ihn als "Kameltreiber". Die Freundin verteidigt ihn zunächst gegen beide. Den Waschzwang, den er inzwischen selbst als krankhaft empfindet, führt er auf seine Religion zurück, nach der alles außer Schweiß unrein ist.

Seit er bei der Wahl des Etagensprechers im Studentenwohnheim übergangen wird und die Studenten sich über die häufige Blockierung des Waschraums beschwerten und ihn schneiden, glaubt er, daß sie seine Feinde sind. Deswegen, und weil die "Sitten" bezüglich der Mädchenbesuche immer lockerer werden, ist er zu den Kommilitonen "praktisch unmenschlicher, ablehnender und zurückgezogener".

Er empfindet die magische Bedeutung seines Zwanges und spricht von "Aberglauben". Durch sein Waschen soll der unerwünschte Kontakt zu den Kommilitonen, den "Unreinen", zunichte gemacht werden. Dieses *délire de toucher* beschränkt sich zuletzt nicht nur auf Berührungs-, sondern auch auf optische und akustische Kontakte; deswegen muß er sich auch zwanghaft Augen und Ohren waschen.

So muß er seine Bücher, seine Uhr usw. zwanghaft waschen, wenn andere sie anfassen. Zuletzt wird es so schlimm, daß er seine Uhr auskochen will und schließlich Gegenstände wäscht, die andere nur ansehen.

Es ist eine Art Verschwörung, die ihn zum Mittelpunkt hat und die zuletzt alle Bewohner des Heims, seine eigenen Landsleute und die Reinmachefrau einbezieht, die sich wegen seines häufigen Waschens und der angeblich nicht hinabgespülten Fäkalien beschwert; sie alle sind seine Feinde und wollen ihn aus dem Heim drängen. Er fühlt sich von ihnen gehaßt und spürt dies aus ihren Blicken; auch ihr Atem stört ihn, deswegen kann er an niemand näher herangehen. Gedanken drängen sich ihm auf und werden laut, denen er ausgeliefert ist. Diese sind in Rede und Gegenrede vorhanden; so fragt er sich, warum die anderen gegen ihn sind, ob sie wirklich gegen ihn sind usw.

1. Diagnose: Zwangskrankheit; paranoides Syndrom

2 1/2 Jahre später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Sein Waschzwang hat sich weiter verstärkt. Er verläßt das Studentenheim und wechselt in der letzten Zeit mehr als 10 Zimmer, da ihm wegen seines Zwanges bald gekündigt wird. Vor und während des Waschens hört er die "Stimmen" seiner ehemaligen Wirtsleute, die ihn beschimpfen. Vergeblich kämpft er mit Sprüchen aus dem Koran dagegen an. Er äußert eine Unmenge Beeinträchtigungsideen; durch einen bärtigen Zimmernachbarn fühlt er sich und sein Eigentum zuletzt so beschmutzt, daß er

Bücher, Geld, Paß usw. fortwirft.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie;
chronisches Zwangssyndrom

16) Gisela S. (121/1967)

Die 20jährige Patientin ist während eines Examens "zusammengeklappt" und läuft voller Panik aus der Prüfungsarbeit fort. Kurz vor diesem Ereignis wird sie von einem Halbbruder "aufgeklärt"; er erklärt die "Anatomie am lebenden Modell, nämlich an sich und an mir". Zu einem Geschlechtsverkehr kommt es dabei nicht.

Sie äußert deswegen starke Schuldgefühle und Versündigungsideen, glaubt niemand mehr ansehen zu können und ist der Meinung, daß alle Leute ihr ansehen, wie schlecht sie ist; sie ist depressiv, klagt über diffuse körperliche Beschwerden, Antriebsschwäche und Konzentrationsmängel. "Manchmal weiß man einfach nicht, was mit einem los ist."

1. Diagnose: Krise in der Spätpubertät mit depressiver Verstimmung; beginnende Hebephrenie?

7 Jahre später erfolgt erneute stationäre Aufnahme; kurz davor geht ihre Verlobung auseinander. Sie zieht sich von ihren Bekannten immer mehr zurück und ist "richtig abgesackt". Vor einer Führerscheinprüfung wird sie immer nervöser, kann nicht mehr schlafen und glaubt zu versagen. Sie hat "so ein unsicheres Gefühl", redet fahrig durcheinander und wird immer scheuer und stiller; von ihren Kolleginnen fühlt sie sich beeinträchtigt, fremde Menschen ängstigen sie sehr. Es soll ihr gekündigt werden, da sie schon seit Wochen nicht mehr richtig arbeitet und alles durcheinanderbringt.

Die Polizei bringt sie in die Klinik, da sie den Verkehr behindert, Autos anhält usw. Sie ist wahngestimmt, ihr Gedankengang hochgradig zerfahren, und in ihrem Verhalten ist sie läppisch-heiter.

2. Diagnose: Schizophrenia simplex

17) Rosemarie W. (1037/1967)

Die 20jährige Patientin wird mehrfach psychotherapeutisch behandelt, da sie an diffusen und phobischen Ängsten leidet und bei psychischen Belastungen stark an Händen und Füßen transpiriert; dabei verstärkt sich auch ihre Heiserkeit, an der sie seit ihrer Kindheit leidet. Sie

ist depressiv, neigt zu phantasievollem Wunschdenken und deutet persönliche Konflikte in Außenkonflikte um. Sie ist unehelich geboren, wächst in Heimen und später bei den Großeltern auf.

Ihre Mutter wird in der gleichen Klinik mit der Diagnose "hysteriforme Neurose mit depressiven Zügen" stationär behandelt.

1. Diagnose: neurotische Entwicklung

6 Jahre später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Vor 1 1/2 Jahren verlobt sie sich mit einem streng katholischen Mann; während dieser Zeit entwickelt sie einen fanatischen Glaubenseifer. Nachdem es zur Auflösung der Verlobung kommt, wird sie zunehmend unruhiger, ängstlicher, redet zerfahren, äußert religiöse Schuldgefühle und versucht, sich aus dem Fenster zu stürzen.

Unter dem Druck von Versündigungsideen schneidet sie sich beide Handgelenke auf. Die infantil wirkende Kranke glaubt sich von Gott verdammt, da sie alle Schuld dieser Welt auf sich nimmt. Sie befürchtet deswegen, vom Teufel geholt zu werden, sieht in den Schwestern Engel, die um ihre Seele kämpfen u.ä.

Trotz massiver Pharmakotherapie kommt es zu mehrfachen Rezidiven; sie schildert dabei eine Vielzahl akustischer, optischer, olfaktorischer und coenästhetischer Halluzinationen mit z.T. so theatralischem Gehabe, daß das Vorliegen echter Halluzinationen nicht als sicher angenommen werden kann. Neben den auffälligen vegetativen Erscheinungen, der heiseren Stimme, liegt eine schwere neurotische Fehlentwicklung vor, die das Bild der Psychose färbt. Es handelt sich sicher um eine atypische Psychose.

2. Diagnose: Psychose, etwa im Rahmen der "Angst-Glücks-Psychose" bei schwerer neurotischer Fehlentwicklung

18) Renate K. (1297/1959)

Die 15jährige Patientin zieht sich in letzter Zeit immer mehr von Mitschülern und Lehrern zurück. Sie steht stundenlang am Fenster, besucht kaum noch die Schule, kummert sich nicht um die Ermahnungen der Lehrer, und lebt in ständiger Ambivalenz gegen ihren Vormund und ihre Brüder. Sie treibt sich oft den ganzen Tag in der Stadt herum, bewirbt sich als Verkäuferin und wird böse, wenn sie ihren Willen nicht durchsetzen kann. In der Schule bekommt sie nur noch schlechte Zensuren. Sie wird

ein Jahr ambulant psychotherapeutisch behandelt, ohne daß sich in ihrem Verhalten viel ändert.

Nach der stationären Aufnahme sinkt sie theatralisch zusammen, als ihr untersagt wird, ihren Therapeuten anzurufen. Es folgt ein akuter Erregungszustand; sie beißt und schlägt um sich, so daß sie zeitweilig fixiert werden muß. 2 Tage verweigert sie jede Nahrungsaufnahme; nach einem erneuten Versuch, durch Schweigen und Trotz ihren Willen durchzusetzen, wird sie ruhig, freundlich und hilfsbereit.

Diese Auffälligkeiten werden als Zeichen einer verstärkten Pubertätsproblematik gedeutet. In ihrem 10. Lebensjahr stirbt ihre Mutter, an der sie sehr hängt. Kurz vor dem Auftreten ihrer Auffälligkeiten stirbt plötzlich der Vater, der sie sehr verwöhnt. Nach dem Tod der Mutter besucht sie ein Internat, ist aber wegen ihrer "Selbstherrlichkeit" nicht in der Lage, sich dort einzufügen.

Nach einer 6wöchigen klinischen Beobachtungszeit entschließt man sich zu folgender

Diagnose: Psychopathie mit reaktivem Überbau.

8 Jahre später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Sie fährt nach Schweden, um sich dort wegen ihrer Überzeugung, "degeneriert" zu sein, sterilisieren zu lassen. Vorher unternimmt sie mehrere Suizidversuche; zweimal trifft sie Vorkehrungen, sich zu verbrennen, verliert dann aber den Mut. In letzter Zeit hört sie häufig "Stimmen", die ihr häßliche und obszöne Worte sagen. Es besteht eine tiefe Kluft zwischen ihr und den anderen Menschen, sie fühlt sich aus der Menschheit ausgestoßen. Vor der Aufnahme wird sie von der Polizei unbekleidet auf der Straße angetroffen.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

19) Renate S. (698/1965)

Die 24jährige Patientin schlägt sich schon lange "mit dem Problem der Sexualität" herum. Sie fühlt sich von Männern und Frauen angezogen, wird aber in deren Anwesenheit nervös, unruhig und fängt an zu zittern. Sie "verabscheut" die Sexualität, lehnt alle intimen Beziehungen ab und legt nur Wert "auf tiefe Bindungen", die sie durch alle Schichten erfahren" will. Seit 1 1/2 Jahren ist sie mit einem gleichaltrigen Mann befreundet, "das erste halbe Jahr auf Distanz, dann doch ein Jahr sehr intim", um ihren Freund an sich zu binden. Dabei ist sie frigide, von den sexuellen Beziehungen abge-

stoßen, fühlt sich aber andererseits "immer davon angezogen".

Nachdem sie diese Verbindung löst, ist sie völlig verzweifelt, hat sich in ihrer "Bude eingesponnen" und trägt sich mit Suizidabsichten. Sexuelle Schuld- und Versündigungsideen quälen sie sehr; seit Jahren leidet sie an häufigen Angstträumen, in denen sie von Männern bedroht, verfolgt und mit Messern erstochen wird. Während der letzten Monate nimmt sie erheblich an Gewicht ab und erbricht häufig. Diffuse Ängste, Unruhezustände, angedeutete Erlebnisveränderungen und das zeitweilige Gefühl, aus zwei Menschen zu bestehen, komplizieren das Bild.

Affektiv ist sie wenig moduliert, so daß ihre monotone Schilderung manchmal wie ein "ablaufendes Tonband" eines fremden Sprechers wirkt.

Der Vater der schizoiden Patientin ist sehr "nervös", leidet an Herzbeschwerden und Ekzemen: "er ist ganz Künstler"; eine Tante ist "religiös, spinnerig, steigert sich in Dinge hinein und wird immer als abschreckendes Beispiel vorgehalten".

1. Diagnose: depressive Neurose mit phobischen Zügen;
Verdacht auf Initialstadium einer latent
schizoiden Psychose

1/2 Jahr später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Die Polizei bringt sie in die Klinik, da sie grundlos in den Wald läuft und sich dort versteckt.

Sie ist wahngestimmt, ihr Denken ist zerfahren; sie äußert den Verdacht, daß sie kein "eheliches Kind" der Eltern ist und befürchtet inzestuöse Annäherungen durch ihren Vater; sie leidet "an kleinen Paniken, in denen ich nicht weiß, warum ich geboren bin".

Schon zweimal versucht sie, sich mit "Messer und Schere" umzubringen; dies scheitert nur daran, daß "der Körper so fest war, ich kam nicht rein". Zuletzt hat das Essen "komisch geschmeckt", und sie verdächtigt deshalb ihre Eltern, sie vergiften zu wollen.

Unter Pharmaka entwickelt sich in kurzer Zeit eine "ausgezeichnete Fassade". Rückblickend meint sie, sie hat wohl Traum und Wirklichkeit nicht mehr auseinanderhalten können.

2. Diagnose: paranoide Psychose

20) Renate G. (53/1965)

Die 34jährige Kranke wird wegen eines depressiven Verstimmungszustandes, andauerndem Weinen und einem "hyper-

thyreotischen" Zustandsbild stationär behandelt. Es bestehen viele vegetative und hypochondrische Beschwerden.

Vor 4 Jahren heiratet die infantil an ihre Mutter fixierte Patientin; seitdem bestehen heftige Spannungen zwischen ihr und der Mutter, da sie aus Schuldgefühlen ihr gegenüber nicht in der Lage ist, von zu Hause wegzuziehen. Sie klagt über Frigidität und Angst vor dem Geschlechtsverkehr. Ihre Beschwerden treten akut in ihrem 22. Lebensjahr auf, als ihr Vater wegen einer Schizophrenie in eine Klinik eingewiesen wird. Zeitweilig ist sie beschwerdelos, ihre Symptome treten jedoch bei geringen psychischen Belastungen wieder stärker hervor.

1. Diagnose: schwere reaktive Depression

4 Jahre später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Es herrscht "eine unheimliche Atmosphäre" zu Hause, sie fühlt sich ständig verfolgt und glaubt erstochen zu werden; sie befürchtet, von ihren Angehörigen vergiftet zu werden, und verdächtigt ihren Mann, mit einer Untermieterin ein Verhältnis zu haben. Sie verspürt einen "süßlichen Leichengeruch" im Schlafzimmer u.ä.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, 1. Schub

2 Jahre später wird sie nach einer Myomoperation erneut auffällig. Sie äußert coenästhetische Körpermißempfindungen und wird den Schwestern gegenüber aggressiv. In der Klinik äußert sie osmische und akustische Halluzinationen sowie paranoide Ideen.

3. Diagnose: 2. Schub einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie

21) Bernd F. (238/1968)

Der 16jährige Kranke leidet seit 2 Jahren an "Anfällen von Geisteskrankheit", bei denen er sich zwanghaft den Bauch drücken muß, mit einer Bürste den Bauch wundreibt und dabei zwanghaft in den Spiegel schaut. Zuerst lösen diese Manipulationen bei dem sexuell unaufgeklärten Patienten sexuelle Empfindungen aus und bringen ihm Entspannung; später wird es zu einem Zwang: "wie ein Magnet, ich konnte es nicht abstellen".

Er grübelt zwanghaft über seine "Anfälle", so daß seine Leistungen in der Schule immer schlechter werden. Wenn er diesen Zwängen nicht nachgibt, kommt es zu innerer Unruhe, Herzklopfen und starken Mißempfindungen im Leib; zuletzt kontrolliert er schließlich hypochondrisch Puls und Atmung. Die Schuld an diesen Störungen gibt er den

Lehrern und seinen Eltern. "Alle haben an mir was auszusetzen, so geht es immer weiter abwärts mit mir, es ist eine gräßliche Quälerei." Seine Sprache ist auffällig gestelzt und gewählt, sein Gebaren linkisch, gelegentlich besteht angedeutetes Grimassieren. Seit seiner Kindheit ist er hochgradig kontaktgestört und voller Minderwertigkeitskomplexe. Er klagt auch über seinen "Ordnungsfimmel" und darüber, daß er sich häufig die Hände waschen muß.

Zuletzt grübelt er zwanghaft über religiöse Probleme nach. "Man versucht, so auf verschiedene Arten seine Übel loszuwerden". Er betet zu Gott, daß dieser ihn von seinen "Anfällen" befreit. Er klagt über hartnäckige Schlaflosigkeit, erregt sich über kleinste Anlässe und wird der Mutter gegenüber aggressiv.

Er ist ein unerwünschtes Kind; später wird er zu einem "Muttersöhnchen". Die psychisch sehr auffällige Mutter schlägt und verwöhnt ihn gleichzeitig und behandelt ihn wie ein kleines Kind.

Bis zum Auftreten seiner "Anfälle" ist er ein guter Schüler; dann lassen seine Leistungen immer mehr nach, und er bleibt schließlich zweimal sitzen. Die Schuld daran gibt er vor allem einer Lehrerin, die ihn "völlig umändern" will.

Mit noch 2 Jungen ist er in einer Mädchenklasse, die ihn wegen seines verschlossenen Wesens hänseln; er will diese Klasse verlassen, und es kommt mit der uneinsichtigen Mutter darüber "bis zum Kampf aufs Messer". Der Mutter gegenüber äußert er deswegen demonstrative Suizidabsichten.

Der Vater kümmert sich kaum um ihn; eine ältere Schwester wird wegen einer Schizophrenie stationär behandelt.

Er entweicht nach dreiwöchiger Behandlung aus der Klinik, da er sich "gesund fühlt". Die uneinsichtige Mutter unterstützt ihn darin.

1. Diagnose: neurotische Fehlentwicklung mit ausgeprägten Zwangsmechanismen; Verdacht auf beginnende Schizophrenie

2 Monate später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Die Zwangssymptomatik besteht nach wie vor. Er lacht in letzter Zeit häufig grundlos; den Eltern, vor allem der Mutter gegenüber, wird er zunehmend aggressiver. So gibt er der Mutter 10 Ohrfeigen mit der Begründung, daß sie "10 Fehler hat". Er baut sich ein "Kontaktgerät", das aus einem Bindfaden besteht, den er von seinem Zimmer aus bis an den Gartenzaun spannt. Wenn Kinder an der Schnur spielen, merkt er es: "Das ist für mich wegen meiner Kontaktstörungen wichtig gewesen." Im "Spiegel" liest er über die Gen-Kombination XXY; er ist zwar kein Verbrecher,

glaubt aber diese Gene zu haben. Er beschäftigt sich hypochondrisch mit seinen "Drüsenfunktionen" und mit seinem Stuhlgang. Die Mutter überrascht ihn dabei, wie er sich mit einem Messer "in die Mandeln piekt", "weil diese nicht in Ordnung sind".

Seine "Anfälle" treten zuletzt immer dann auf, wenn er Mädchen sieht. "Zuletzt hab' ich nicht einmal mehr in Illustrierten blättern können."

Um den "Anfällen" zu entgehen, rennt er nachts herum, sitzt auch einmal die ganze Nacht auf einem Baum und zählt die Autos, die vorbeikommen. Im Affekt ist er inadäquat, sein Denken ist sprunghaft, und er hat keinerlei Krankheitseinsicht.

2. Diagnose: Hebephrenie mit starker Zwangssymptomatik und pervers masturbatorischen Verhaltensweisen

22) Margarethe K. (1296/1960)

Die 25jährige Patientin klagt über ihre seit Jahren bestehende Frigidität. Beim ersten Geschlechtsverkehr mit ihrem Freund, den sie seit 8 Jahren kennt, hat "sich meine Scheide verkrampft". "Ich hatte mir alles viel reiner vorgestellt, es hat mich alles angeekelt." Seit dieser Zeit leidet sie auch an der Zwangsvorstellung und Zwangsbefürchtung, daß sie sich die Augen einstechen wird.

Männern gegenüber ist sie stark gehemmt. Ihre Zweifel an der Treue ihres Freundes und ihre wahnhaft anmutenden Eifersuchtsideen werden mit der Zeit immer stärker; sie hat jedoch keinerlei Beweise für seine Untreue. Sie bezieht in letzter Zeit viele Dinge auf sich, zweifelt an allem, vor allem an der Treue ihres Freundes.

"Ich bin religiös und sinnenfeindlich erzogen worden, ich hatte als Kind fast einen religiösen Wahn." Als sie 10 Jahre alt ist und erfährt, wie die Kinder auf die Welt kommen, glaubt sie, ihre Eltern werden sie deshalb totprügeln.

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion

3 Jahre später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Vor einem Jahr gibt sie ihr Studium auf, da sie keine Arbeit mehr zu Ende bringt. "Ich fühlte mich dauernd beobachtet, und das störte mich bei allem, was ich tue, auch wenn ich mit einem Mann zusammen bin."

Auf einem Faschingsball lernt sie einen Mann kennen, der sie seitdem verfolgt. Um ihm zu entkommen, fliegt sie

überstürzt nach Paris; aber auch dort sind die Leute über sie informiert. In Paris "haben sich Strahlen wie flüssiger Stahl in meine Augen gebohrt und mich ausgebrannt". Seit einem Jahr hat sie "Unheimlichkeitsgefühle".

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

Abschlußdiagnose nach mehreren klinischen Aufenthalten:
chronisch paranoid-halluzinatorische
Schizophrenie

23) Günther J. (344/1954)

Der 21jährige Patient leidet seit seinem 17. Lebensjahr an einer ausgeprägten Zwangssymptomatik in Form von Zwangsvorstellungen, Zwangsbefürchtungen, Zwangshandlungen und Waschzwang.

Schon als 10jähriger ist er dadurch auffällig, daß er zwanghaft Würmer, Käfer oder Steine von den Straßen räumt. Als 14jähriger hat er den plötzlichen Zwangsimpuls, seinem Vater Gift in den Kaffee zu tun, da dieser durch seine Überreiztheit es der Mutter und ihm schwermacht.

Diese Mordbefürchtungen und Vergiftungsideen bilden den Inhalt seiner seit dem 17. Lebensjahr äussernden Zwangssymptomatik, die sich zunehmend ausweitet. Seit dieser Zeit hat er auch erheblich sadistische Impulse und Vorstellungen, wenn er weibliche Wesen sieht; er sichert sich aber durch den Begriff der "ethischen Reinheit". Wenn er an sexuelle Dinge denkt, muß er sich zwanghaft die Hände waschen.

Bis zum stärkeren Auftreten seiner Symptomatik ist er der Primus der Klasse, dann lassen seine schulischen Leistungen immer mehr nach.

Der an phobischen Ängsten leidende Vater wird als sehr nervös und pedantisch geschildert.

1. Diagnose: Zwangsneurose

Bei der stationären Aufnahme steht die Zwangssymptomatik unverändert im Mittelpunkt. Nur mit Mühe und Not legt er sein Abitur ab. Er produziert fortwährend eine Fülle von philosophischen und religiösen Ideen, die als Gefasel anmuten. Sein plötzliches Musikinteresse führt dazu, daß er eigene Melodien hört und eine Symphonie komponieren will. Da Beethoven taub war, hat er den Zwangsimpuls, sich selbst die Ohren durchzustechen, um mit diesem Defekt die Gewähr für eigene große Leistungen zu haben. "Nicht der Ruhm reizt mich, sondern der Götterfunke."

Er hört "Stimmen" in Rede und Gegenrede, klagt über "Gedankenabreißen" u.ä.

2. Diagnose: halluzinatorische Schizophrenie mit
Zwangssymptomatik

24) Günther F. (51/1961)

Der 26jährige Patient leidet seit vielen Jahren an heftigen Kopfschmerzen, plötzlichen Schweißausbrüchen, diffuser Angst und hartnäckiger Schlaflosigkeit. Seine Arbeitsplätze als Mechaniker wechselt er oft, da er den Anforderungen wegen seiner Schlaflosigkeit nicht gewachsen ist.

Wegen seiner Impotenz verlassen ihn seine beiden Freundinnen; "wahrscheinlich hat ihnen der andere besser gefallen". Seit dem plötzlichen Tod seines Großvaters verschlechtert sich sein Zustand akut; er klagt über vermehrte Angstzustände und träumt "viele grausige Dinge vom Krematorium". "Ich habe meinen Opa sehr geliebt; zu ihm hatte ich einen engeren Kontakt als zu meinem Vater. Die ganze Beerdigung in einem Krematorium war furchtbar für mich."

Zu Hause und auf der Arbeitsstelle spricht er zuletzt kaum noch. Der Vater, bei dem der seit seiner Kindheit schwer kontaktgestörte Patient lebt, bringt ihn in die Klinik.

Es wird als vorläufige Diagnose eine "abnorme Erlebnisreaktion depressiven Typs" gestellt. Therapeutisch wird eine massive Pharmakotherapie und eine EKT-Behandlung durchgeführt, ohne daß sich sein Zustand im Laufe des 6monatigen Aufenthalts wesentlich ändert.

Erst anlässlich einer narkoanalytischen Exploration mit Pervitin kommt es zu einer dramatischen Entfaltung der bis dahin gehemmten Persönlichkeit. Er gibt an, als kleines Kind Gespräche gehört zu haben, die seinen kränklichen Zustand betreffen. Der Vater vergleicht ihn gesundheitlich mit seiner Mutter, die bei seiner Geburt stirbt. Der Tod des Großvaters erinnert ihn wieder an seine schlechte Gesundheit.

Nach einem Belastungsurlaub kehrt er nicht mehr in die Klinik zurück; telefonisch unterrichtet er die Ärzte darüber, daß er sich von den Menschen auf der Straße und in den Verkehrsmitteln verfolgt fühlt.

Es ist im vorliegenden Fall schwer zu entscheiden, ob die Exacerbation mit der vor dem Belastungsurlaub durchgeführten 4tägigen Pervitin-Exploration in Zusammenhang zu bringen ist oder ob erst jetzt der tiefliegende Prozeß

einer schizoformen Psychose zum Ausbruch kommt.

Seine Verfolgungsideen werden trotz massiver Pharmakotherapie nicht korrigiert.

2. Diagnose: Schizoforme Psychose

25) Kriemhilde P. (243/1950)

Die Beschwerden der 26jährigen Patientin beginnen in ihrem 21. Lebensjahr, als sie nach einer harmlosen Begegnung mit einem Mann glaubt, sich mit einer Geschlechtskrankheit affiziert zu haben. Die unaufgeklärte Kranke sucht deswegen einen Gynäkologen auf und fühlt sich nach der Untersuchung in ihrem Wesen verändert und jetzt den anderen Frauen gleichgestellt. Anschließend sucht sie wegen verschiedenster hypochondrischer Beschwerden viele Fachärzte auf, die keinen organischen Befund erheben können. Die Diagnosen lauten überwiegend: psychogene Störung.

Ihre hypochondrischen Beschwerden nehmen ihren Ausgang von einer allgemeinen Angeregtheit, die von ihr als "sinnliche Erregung" beschrieben wird und die sie durch den Genuß bestimmter Nahrungsmittel und Getränke herbeiführt. Nach der ersten "sinnlichen Erregung" kommt es dann zu einer zunehmenden Unruhe und Nervosität, gegen die sie vergeblich ankämpft, und schließlich zu dem Empfinden von Schmerzen in den verschiedensten Organen.

Zuerst wünscht sie diese "Anregungszustände" möglichst oft zu erleben und führt sie durch Trinken von besonders starkem Tee usw. herbei. Seit einigen Wochen nehmen die Mißempfindungen nach dem Essen so stark zu, daß sie aus Angst davor kaum noch Nahrung zu sich nimmt und stark abmagert. In ihrer Stimmung schwankt sie stark von Heiterkeit zu Melancholie innerhalb weniger Tage.

Jetzt macht sie sich vor allem Sorgen um die Nahrungsaufnahme und die Verdauung und beschäftigt sich hypochondrisch mit ihrem Darm, der "abgeklemmt, völlig vermauert und tot" ist; beim Essen verändern sich auch ihre Augen auf "eine entsetzliche Weise". Sie merkt dies an der Reaktion anderer Menschen, die darüber ganz entsetzt sind. Sie befürchtet auch, lungenkrank zu sein, und klagt über "unheimliche Unruhe", Konzentrationsstörungen, Bazillenfurcht und das zwanghafte Bedürfnis, sich häufig die Hände waschen zu müssen.

Diese hypochondrischen depressiven Beschwerden verschlechtern sich akut, nachdem sich ihre Musiklehrerin, der sie wiederholt überschwängliche Briefe schreibt, von ihr zurückzieht.

1. Diagnose: Hypochondrie; Initialstadium einer Schizophrenie? Endogene Depression?

Wegen der im wesentlichen gleichen Symptomatik wird sie in den folgenden Jahren zweimal stationär aufgenommen. Es können nie eindeutig psychotische Störungen verifiziert werden, obwohl schizophrene Antriebsstörungen neben der schweren chronifizierten Neurose vermutet werden. 8 Jahre nach dem ersten klinischen Aufenthalt treten eindeutig psychotische Symptome in Form von Denk- und Affektstörungen sowie paranoide Erlebensweisen auf, die hypochondrisch-coenästhetisch gefärbt sind.

Abschlußdiagnose: paranoide Schizophrenie

26) Evelyn B. (162/1967)

Die 20jährige Patientin wird wegen Anurie, Bettnässen, Inkontinenz und "Bewußtseinstörungen" stationär aufgenommen. Es finden sich keinerlei Hinweise für ein Nierenversagen. Die "Bewußtseinstörungen", die sie fast täglich bietet, sind eindeutig hysterische Anfälle. Die Inkontinenz wird von ihr auf eine Fehlgeburt zurückgeführt. Bei der gynäkologischen Untersuchung stellt sich heraus, daß sie Virgo intacta ist. Erhöhte Körpertemperaturen werden von ihr künstlich produziert.

Wegen ähnlicher "Symptome" begibt sie sich mehrfach in klinische Behandlung. Wegen sich widersprechender Anschuldigungen gegenüber ihrer Umgebung und dem Versuch, mit einer Stopfnadel Suizid zu machen, wird sie psychiatrisch untersucht.

Diese Auffälligkeiten treten bei ihr unmittelbar nach der Mitteilung auf, daß sie ein uneheliches Kind ist. Seit Jahren leidet sie an häufigen Angstträumen, in denen sie von Männern in sexueller Absicht verfolgt wird; stereotyp enden diese damit, daß sie hinfällt. Mit 16 Jahren macht sie wegen schulischen Versagens einen demonstrativen Suizidversuch.

"Es handelt sich bei der Patientin um eine abnorme Persönlichkeit, die versucht, die ihr im Leben versagte Zuwendung durch Simulation usw. zu erzwingen." Dies scheint auch der Grund für ihren Pseudologismus zu sein.

1. Diagnose: Psychopathie

6 Monate später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Sie ist weitgehend negativistisch und mutistisch und gibt nach Auflockerung mit Pharmaka an, daß sie seit einem

halben Jahr "Stimmen" hört, die ihr Vorwürfe machen und ihr Dinge auftragen. Sie hat panische Angst, wenn die "Stimmen" kommen. Schuld- und Versündigungsideen, die von ihr wahnhaft verarbeitet werden, stehen im Vordergrund.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

27) Christa C. (882/1957)

Die 20jährige Patientin ist Männern gegenüber übertrieben schüchtern und errötet leicht; deswegen wird sie von den Mitschülern geneckt. Einmal öffnet ein Schüler den Reißverschluß ihres Pullovers und riecht daran. "Seitdem bin ich eigen mit meinem Körpergeruch." Dies äußert sich in einem vermehrten Waschbedürfnis und pedantischer Sauberkeit der zwanghaft strukturierten Patientin.

Es entwickelt sich bei ihr die zwanghafte Vorstellung, daß sie einen "üblen Körpergeruch" verbreitet. In den Verkehrsmitteln fällt ihr auf, daß deswegen die Leute von ihr abrücken und sie merkwürdig ansehen. Wegen des "üblen Körpergeruches" kann sie keine Verkehrsmittel mehr benutzen, macht lange Fußmärsche und traut sich nicht mehr in Gesellschaft zu gehen. Auf der Toilette hat sie vorübergehend das Gefühl des Beobachtetwerdens.

Eine 1/2jährige psychotherapeutische Behandlung bewirkt, daß sie zeitweilig frei von diesen Symptomen ist. Während einer Urlaubsreise setzen ihre Symptome wieder schlagartig ein; der Anlaß ist ein Mann, der ihr ständig folgt und von dem sie sich belästigt fühlt.

Sie klagt über Kontrollzwänge und "entsetzliche Schuldgefühle" wegen ihrer Onanie; deswegen glaubt sie niemand mehr ins Gesicht sehen zu dürfen. Ihre Krankheit hängt mit der Onanie zusammen, "das kann mir niemand ausreden".

1. Diagnose: chronifizierte abnorme Erlebnisreaktion;
sensitive Persönlichkeit

9 Jahre später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Sie ist jetzt wahnhaft davon überzeugt, einen üblen Geruch zu verbreiten und damit alle Welt zu belästigen; sie riecht jetzt selbst dauernd ihre Ausdünstung. Diese Geruchshalluzinationen sind in letzter Zeit von zunehmenden paranoiden Beziehungs- und Bedeutungserlebnissen vor allem sexueller Natur, dem Gefühl der Gedankenausbreitung u.ä. begleitet. Ihre Persönlichkeitsstruktur ist ausgesprochen anankastisch.

2. Diagnose: blande verlaufende paranoid-halluzinatorische Schizophrenie bei sensibler Persönlichkeit

28) Jürgen K. (125/1953)

Bei dem 12jährigen Patienten stehen Zwangssymptome in Form von zuweilen stundenlang anhaltenden Waschprozeduren im Vordergrund. Zu einem Schulbesuch ist er nicht mehr zu bewegen; er meidet alle gleichaltrigen Kinder mit der Begründung, daß diese "dreckig" sind und "Dreck ausstrahlen". In der elterlichen Wohnung meidet er alles, was mit Schulsachen in Berührung kommt.

In der Klinik bietet er anfangs ein angsthaftes Bild mit starker Reizbarkeit, ablehnendem Verhalten und Erregungszuständen; dabei sind zeitweilig formale Störungen in Form von Ideenflüchtigkeit und Inkohärenz ausgeprägt vorhanden. Auffällig ist der schlagartige Wechsel der Affektlage, wenn besondere Interessengebiete, z.B. Omnibusfahren, Fahrpläne u.ä. berührt werden, so daß eine demonstrative Note nicht zu übersehen ist. Er glaubt auch zeitweilig, daß er durch Spritzen, vor denen er sich sehr fürchtet, vergiftet und von Spionen beobachtet wird. Er berichtet, daß er in der Dunkelheit "dreckige Männer mit dreckiger Tinte im Gesicht" sieht, die er zum Verschwinden bringt, wenn er ins Licht sieht. Diese halluzinatorischen Phänomene werden als eidetische Bilder angesehen.

Die aktuelle Konfliktsituation ist im wesentlichen durch die Schulsituation bedingt und zeigt die äußere Charakteristik sexueller Attacken durch seine Mitschüler. Nachdem er anfangs ein psychoseverdächtiges Bild bietet, kann er sich während seines stationären Aufenthaltes weitgehend von seinen Komplexinhalten und Zwängen distanzieren und ist affektiv gut angepaßt. Mit den Eltern wird ein Schulwechsel vereinbart.

Die Eltern berichten, daß er, obwohl er sehr früh sauber ist, später noch häufig einnäßt. Sie überwachen übergenau den Umgang ihres einzigen Kindes, suchen ihm Freunde aus u.ä. und beobachten, daß er sich gegen andere Kinder nicht durchsetzen kann.

1. Diagnose: kindliche Zwangsneurose

2 Jahre später erfolgt erneute stationäre Aufnahme, nachdem er zwischenzeitlich ambulant psychotherapeutisch behandelt wird. Er wäscht sich sofort nach dem Schulbesuch erneut bis zu 2 Stunden die Hände; mit Bimsstein schrubbt er sich die Finger so, daß sie hinterher blutig sind. Er reibt sich die Augen mit Seife ein und ist nur schwer zu bewegen, sein Hemd zu wechseln.

Er tyrannisiert die Eltern mit seinen Zwängen und Wünschen. Wenn der Vater zum Dienst geht, äußert er oft den Wunsch, zur Mutter ins Bett zu kommen. Er fordert sie auf, ihm den Topf zu bringen, damit er sein Wasser ab-

schlagen kann; als sie ihm das verweigert, defäziert er ins Zimmer, tobt und beschimpft den Vater unmäßig, als dieser ihn deswegen heftigst verprügelt. Er glaubt, daß sein Glied "dreckig" wird, wenn er es anfaßt; er äußert die Befürchtung, daß sein Glied auf dem Weg zur Schule aus der Hose herauskommt. Manchmal redet er "komisch", läßt z.B. das r in allen Worten aus u.ä. Nachdem er sieht, wie ein Kalb geschlachtet wird, entwickelt er eine starke Fleischphobie. Oft quält er im Anschluß daran seinen ebenfalls zwanghaft strukturierten Vater mit der endlosen Frage, ob er auch kein Mörder ist. In der Klinik sind seine Symptome nach wenigen Tagen jeweils deutlich gebessert.

2. Diagnose: schwere Zwangsneurose

Die Zwangssymptomatik tritt bald nach der Entlassung wieder auf. Die mehrfach bewirkten therapeutischen Besserungen sind nur vorübergehender Art.

Im 19. Lebensjahr bildet sich ein eindeutig hebephrenes Bild mit Denkstörungen, aggressiven Verhaltensweisen und starker Zwangssymptomatik heraus.

3. Diagnose: Hebephrenie

29) Lotte D. (298/1953)

Die 40jährige Patientin klagt über viele diffuse körperliche Beschwerden, die seit ihrer Kindheit bestehen, und häufige depressive Verstimmungen. Diese Symptome verstärken sich während der Ehe, und es treten Angstanfälle, "Ohnmachtzustände" und viele phobische Ängste hinzu. Sie ist frigide, ihr Mann leidet an Potenzstörungen und lehnt die von ihr vorgeschlagene Trennung ab. Sie trägt sich mit Fluchtgedanken, "nur die Kinder halten mich zurück"; in Gegenwart ihres Mannes fühlt sie sich ständig gedrückt.

1. Diagnose: chronisch reaktive Depression

7 Jahre später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Die Zwischenzeit "war eine wahre Hölle, ich bin ganz leer im Kopf gewesen". Seit einigen Wochen fühlt sie deutlich, daß ihr Arzt hypnotisch auf sie einwirkt; diese Einwirkungen bestehen seit Jahren, "aber erst jetzt sind mir die Schuppen von den Augen gefallen". Zuletzt hört sie auch imperatorische "Stimmen": "Verlieb' Dich doch einmal in Deinen Mann, den sollst Du lieben." Sie empfindet es als sehr quälend, daß ihr diese Liebe zu dem Arzt

"eingegeben worden ist"; deswegen schreibt sie ihm mehrere Briefe und bittet ihn, sie in Ruhe zu lassen.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

Sie wird noch mehrfach stationär behandelt.

Abschlußdiagnose: Schizophrenia simplex

30) Hartmut S. (435/1965)

Schwere Angst- und Unruhezustände treten bei dem 20jährigen Patienten nach der Umstellung von der Schule zur Universität auf. In der Schule ist er ein ängstlicher Streber, der nun mit Angst und Verunsicherung auf die gebotene Freiheit reagiert. Er "braucht eine feste Hand, keiner ist da, der mich kontrolliert und mir sagt, was ich tun soll."

Der Vater stirbt, als er 2 Jahre alt ist; zusammen mit der älteren Schwester wächst der sehr kontaktgestörte und stark an die Mutter fixierte Patient bei der fordernden Mutter auf. Tiefergehenden Kontakt entwickelt er nur zu seiner Schwester, die ihm wegen ihrer schulischen Erfolge als Vorbild hingestellt wird.

Nachdem die Schwester sich verheiratet und nach W. zieht, hat er nur "den einzigen Gedanken gehabt, wie ich mich umbringen kann"; schließlich macht er mit Gas einen Selbstmordversuch. Über den Beginn seines Stotterns kann er keine Angaben machen; ebenso unbestimmt ist, wann er anfängt, sich die Fingernägel bis auf die Wurzeln abzubeißen. Die übermäßigen Anforderungen, die er an sich stellt, können nicht erfüllt werden und führen zu Depressionen und starken Minderwertigkeitsgefühlen; außerdem klagt er in letzter Zeit über zunehmende Konzentrationsstörungen. Während der anamnestischen Erhebung äußert er paranoide Ideen; er fühlt sich in der Klinik beobachtet und glaubt, daß er durch seine Angaben seine Mutter ins Unglück stürzt. Er glaubt, daß seine Angaben gegen ihn verwendet werden können, und befürchtet, ein Verbrechen begangen zu haben.

Einem Freund, den er während seines Studiums kennenlernt, fühlt er sich "hörig"; nachdem er einige positive Äußerungen über diesen Freund macht, äußert er die Überzeugung, daß die Freundschaft durch seine Aussagen nun zerstört ist.

Der Patient hat nur geringe Krankheitseinsicht.

1. Diagnose: schwere neurotische Fehlentwicklung; eine beginnende Hebephrenie kann nicht ausgeschlossen werden.

18 Monate später erfolgt erneute stationäre Aufnahme. Er ist als Hauptbetreuer für Kinder in B. untergebracht; diese Tätigkeit macht ihm anfänglich großen Spaß.

Mit der Zeit wird er immer ruhiger, sitzt stundenlang stumm am Tisch und führt stereotype Bewegungen aus. Seine Kollegen fragt er plötzlich: "Wann holt mich denn die Polizei, wann schickt Ihr mich heim, wann räumt Ihr mein Zimmer?" Er glaubt zu hören, daß die ihm anvertrauten Kinder sagen: "Er stinkt", und hört sie rufen: "S. raus, raus." Er hat das Gefühl, daß man ihn als Homosexuellen ansieht und ist wegen seines Versagens bei der Kinderbetreuung erheblich depressiv verstimmt. Sein Verhalten wirkt autistisch, und eine diffuse Wahnstimmung kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

2. Diagnose: Psychose? reaktiv depressiver Verstimmungszustand bei neurotischer Persönlichkeit

Er wird in den folgenden Jahren noch zweimal stationär aufgenommen. Aufgrund der Vorgeschichte und der stationären Beobachtung wird als

Abschlußdiagnose: Schizophrenia simplex
gestellt.

31) Michael T. (26/1964)

Der 19jährige unehelich geborene Kranke wächst bis zu seinem 8. Lebensjahr bei seinem Großvater auf, an dem der kontaktgestörte Patient mit großer Liebe hängt. Bis zum 12. Lebensjahr ist er Bettnässer, und einschlafen kann er nur, wenn er zwanghaft mit dem Kopf hin- und herschaukelt.

Er wird in den letzten Tagen dadurch auffällig, daß er immer schwermütiger wird und nur noch von seinem Großvater spricht, der, so befürchtet er, bald sterben muß, da er an einer Niere operiert wird. Vor der Krankenhausaufnahme hält der Großvater eine "Abschiedsrede" und läßt durchblicken, daß vielleicht "etwas dabei passieren kann"; das regt den Patienten furchtbar auf.

Nach einem Krankenbesuch ist er in den folgenden Tagen "ganz durchgedreht, mächtig nervös" und hat seine "Gedanken nicht beisammen gehabt". Er wird zunehmend schlafloser und unruhiger und hat auf seiner Arbeitsstelle den Eindruck, "die anderen haben etwas gegen mich".

Dieser Zustand dauert nur wenige Tage; dann "ist wieder alles weg gewesen, und ich konnte wieder schlafen".

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion

11 Monate später wird er erneut stationär aufgenommen. Sein Gedankengang ist hochgradig zerfahren, er bietet zahlreiche hypochondrische Wahnideen, akustische und optische Halluzinationen und fühlt sich durch Strom beeinflusst; seine Gedanken werden ihm "abgezogen", sein Körper ist "eine Ruine" u.ä.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

32) Erika P. (1009/1962)

Die depressiven Beschwerden der 26jährigen Patientin verstärken sich akut nach einer bei ihr vorgenommenen Abtreibung. Seit dieser Zeit ist sie "ganz verdreht und verzweifelt" und hat das Gefühl, daß sie gesündigt hat; Suizidgedanken quälen sie seitdem, es fehlt ihr jedoch der Mut zu ihrer Ausführung. Wenn sie jetzt ein kleines Kind sieht, muß sie zwanghaft weinen.

Sie klagt hypochondrisch über vielfältige funktionelle und diffuse körperliche Beschwerden, die sie auf organische Ursachen zurückführt.

Den jähzornigen Vater, der sie und ihre Mutter in ihrer Kindheit oft schlägt, haßt sie; nach Enttäuschungen mit einigen Partnern steigert sie sich in einen Haß auf alle Männer. Sie leidet sehr an ihrer Frigidität und findet ihre Gleichgültigkeit gegenüber ihr sympathischen Männern "furchtbar". Sie ist ganz verzweifelt darüber, daß neben dem "Unglück in der Liebe" auch der "berufliche Erfolg" durch ihren Zustand sehr beeinträchtigt ist. Ihr Abschlußexamen schiebt sie deswegen und aus Examensangst immer wieder hinaus.

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion

2 Monate später wird sie erneut stationär aufgenommen, nachdem sie sich zwischenzeitlich einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung unterzieht.

Anlaß der Aufnahme ist ein akuter psychotischer Erregungszustand und aggressive Verhaltensweisen ihren Wirtsleuten gegenüber. Sie äußert viele paranoide Beziehungsideen; so glaubt sie, daß das Radioprogramm sich auf sie bezieht, daß fremde Leute an ihrem Tisch sitzen, die alles über sie wissen, u.ä.; außerdem klagt sie über Körperveränderungsgefühle.

2. Diagnose: 1. Schub einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie

In den folgenden Jahren wird sie noch dreimal stationär aufgenommen. Sie berichtet über Hypnoseerlebnisse, wahnhaft-Beziehungs- und Bedeutungserlebnisse und macht wegen dieser psychotischen Beeinträchtigungen einen Suizidversuch.

Zeitweilig geht es ihr so gut, daß sie ihr Examen mit Erfolg ablegt.

Abschlußdiagnose: Schizophrenia simplex

33) Stephan S. (1319/1960)

Der 26jährige extrem leptosome Patient wird wegen diffuser Angstzustände, Phobien und Impotenz stationär behandelt. Seine Impotenz führt er darauf zurück, daß er sich über jede Äußerung seiner "unintellektuellen" Freundin ärgern muß. Im Anschluß an die stationäre Behandlung will er sich einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung unterziehen.

1. Diagnose: neurotische Entwicklung

3 Jahre später wird er erneut stationär aufgenommen; er wird in letzter Zeit zunehmend unruhiger, nervöser und glaubt schließlich "verrückt zu werden".

Während er auf den Arzt wartet, verfaßt er Abschiedsbriefe an seine Mutter, seine Schwester und an seine Freundin, weil er glaubt, in seinem "verrückten Zustand" später nicht mehr in der Lage dazu zu sein. Seine Beschwerden hängen mit seinem Beruf als Maler und Schriftsteller zusammen, die ihn von den anderen isolieren. Nachdem ein Verhältnis zu einem Mädchen an seiner Impotenz scheitert, lernt er zuletzt ein anderes Mädchen kennen, das an "Frigidität" leidet.

Er erzählt ihr von seinen Symptomen und Erlebnissen, "die auch nicht gerade schmeichelhaft für mich waren"; wegen seiner "Selbstenthüllung" glaubt er sich berechtigt, an seiner Freundin Kritik zu üben. Er fängt anschließend an, alles, was er sich denkt und vorstellt, an seine Freundin zu schreiben; diese Briefe behält er jedoch bei sich. Bei ihrer Lektüre bekommt er Angst vor sich selbst, aber "es war eine Zwangsvorstellung, weiterzuschreiben und die letzten Annahmen aufzugeben. Das war auch der Punkt, wo ich einsah, daß mein Leben keinen Sinn mehr hat". Aus Angst vor dem Tod und weil er glaubt, mit seinen Ratschlägen dem Mädchen geschadet zu haben, und dies wieder gutmachen will, begeht er keinen Suizid.

In Zusammenhang mit seiner Freundin entwickelt er eine Theorie, daß auskömmliche Beziehungen darauf zurückzu-

führen sind, daß aggressive "Gegenimpulse" unterdrückt werden; deswegen fordert er von sich und seiner Freundin, daß sie aus ihren "Gegenimpulsen" keinen Hehl machen, um desto besser zusammenzufinden.

Er versucht, als Künstler das Leben zu ergründen, und verstrickt sich immer mehr in Widersprüche, weil er das "Problem des Todes" nicht lösen kann; zuletzt entdeckt er, daß er wie die anderen Menschen auch in "Klischees" flüchtet. Unter "Klischees" versteht er offenbar Wunschbefriedigungen; wenn er an seiner schriftstellerischen oder malerischen Begabung verzweifelt, flüchtet er sich in Tagträumereien, in denen er sich als gefeierter Künstler sieht.

Am Aufnahmetag erlebt er eine Verselbständigung seiner Größenphantasien und Todesängste; indem er dem Arzt die "Abschiedsbriefe" übergibt, sagt er: "Nehmen Sie diese Briefe an sich, im nächsten Augenblick kann alles aus sein, entweder ich muß sterben... oder... ja... vielleicht bin ich Napoleon."

Außer extremer Ideenflüchtigkeit und sprachlichen Manierismen bietet er eine deutliche Ambivalenz, psychotische Ängste und Größenerlebnisse.

Seine psychotische Symptomatik klingt nach ausgiebigem Nachtschlaf völlig ab. Er ist kohärent und distanziert sich von seinen Erlebnissen.

2. Diagnose: psychotische Episode bei neurotischer Persönlichkeit

34) Elvira A. (1287/1960)

Die 30jährige Patientin wird vor 8 Jahren wegen eines Erregungszustandes stationär behandelt; diesen löst ein Traum aus, in dem Christus sie von einem Kalenderblatt herab anschaut und ihr mit dem Finger droht.

Ihre häufigen Erregungszustände, bei denen sie weint, schreit, mit Tassen wirft u.ä., hängen mit ihrer Aschenputtelrolle gegenüber ihrer Schwester zusammen; diese ist hübscher, erfolgreicher und wird ihrer Meinung nach von den Eltern vorgezogen. Sie klagt über Übelkeit, Brechreiz und vielfältige funktionelle Beschwerden.

3 Suizidversuche ihrer Schwester, die diese wegen ihrer Verlobungsauflösung unternimmt, werden von ihr mit großer Angst und quälenden Suizidgedanken erlebt. "Ich habe Angst, daß mir das gleiche passieren könnte." Ihre sexuelle Entwicklung ist dadurch geprägt, daß sie und ihre Mutter 1945 vergewaltigt werden. Sie verliebt sich, "auf Distanz", in einen Mann, der nie davon erfährt; an dieser Enttäuschung trägt sie jahrelang. "Ich kann mich

nie wieder verlieben, weil ich weitere Enttäuschungen nicht durchstehen kann." Seit dieser Zeit, und besonders nach dem Tod der Mutter, ist die kontaktgestörte Kranke zwanghaft an ihren Vater fixiert.

Eine psychotherapeutische Behandlung bricht sie ab, weil ein Mitpatient sie "böse anguckt".

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion

Anlaß einer erneuten Aufnahme ist eine gynäkologische Untersuchung. Im Anschluß an den Tod ihrer Mutter an Krebs entwickelt sie eine Carcinophobie; sinnlos vor Angst läuft sie bei einer Untersuchung vor dem barschen Ton der Ärztin fort und will sich angeblich aus dem Fenster stürzen. Dies wird von ihr negiert.

2. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion

2 Monate später wird sie erneut stationär aufgenommen. Sie führt besonders nach Toilettenbesuchen zunehmende "Waschprozeduren" durch; dabei muß ihr der Vater Handreichungen machen. Sie traut sich nur noch in Begleitung auf die Straße und meidet jede Begegnung mit Bekannten. Vor der erneuten Aufnahme wird sie zunehmend erregter, nachdem sie vorher ihrem Vater vorwirft, daß er sich mehr um den Bruder als um sie kümmert; sie greift ihren Bruder tätlich an und springt dann in suizidaler Absicht demonstrativ aus einem niedrig gelegenen Fenster.

Diesen Erregungszustand motiviert sie mit der Empfehlung einer Ärztin, ruhig mal aggressiv zu werden.

3. Diagnose: depressive Reaktion bei abnormer Persönlichkeit; fraglicher schizophrener Defektzustand

2 Jahre später treten eindeutig psychotische Symptome bei ihr auf. Sie hört "Stimmen", glaubt, daß sie und ihr Vater vergiftet werden sollen u.ä.

4. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

35) Heiner B. (130/1968)

Der 27jährige Patient leidet an "Kontaktstörungen, Minderwertigkeitskomplexen, diffuser Angst, Angst vor dem Geschlechtsverkehr und an einem gestörten Verhältnis zu Vater- und Mutterpersönlichkeiten". Seit der Kindheit leidet der kontaktgestörte Einzelgänger an Angstträumen. Autoritätspersonen gegenüber ist er ausgesprochen ambivalent; "das liegt daran, weil ich Angst vor meinem

Vater, also Angst vor der Autorität habe".

Sein Vater, der viele "fixe Ideen" hat, viel grübelt und "sehr nervös ist", stirbt, als der Patient 12 Jahre alt ist. Als ältester Sohn fühlt er sich nach dem Tode des Vaters als "Familienvater" überfordert; von seiner Mutter wird er auch jetzt noch stark bevormundet.

Seit dem 15. Lebensjahr masturbiert er mehrmals täglich und hat damals auch vereinzelte "sexuelle Beruhigungen" mit seiner Schwester. Seit dem Zusammensein mit seiner Freundin kommt es zu einer zunehmenden Verstärkung seiner neurotischen Symptomatik. Über gegenseitige onanistische Praktiken und Petting kommen beide nie hinaus; bei einem von der Freundin angeregten genitalen Geschlechtsverkehr hat er "schändlich versagt"; an dieses Erlebnis knüpfen sich starke Schuld- und Minderwertigkeitskomplexe.

Mit seiner Freundin, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befindet, spricht der durch Lektüre psychoanalytischer Schriften halbgebildete Patient seine Ängste, Sexualprobleme usf. nächtelang durch, ohne zu einer Lösung zu kommen.

1. Diagnose: chronifizierte neurotische Entwicklung

Anlaß der stationären Aufnahme ist ein Angsttraum seiner Freundin, den sie ihm erzählt. In diesem Traum zertrümmert sie die Scheibe eines Feuermelders; das beschäftigt ihn in den folgenden Tagen sehr. Er erscheint sehr erregt um 2 Uhr früh bei seiner Freundin, verlangt einen Spiegel oder eine Scheibe zertrümmern zu dürfen, redet "wirr durcheinander" und beruhigt sich erst, nachdem er einen Spiegel zertrümmert. Am folgenden Tag erscheint er wahngestimmt und ängstlich-ratlos beim Psychotherapeuten seiner Freundin; dieser veranlaßt die Einweisung. "Es geht so nicht weiter", weil er durch seine endlosen Gespräche mit seiner Freundin über seine Probleme mehr in der Vergangenheit als in der Zukunft lebt. Sein Denken ist sprunghaft und verworren, inhaltlich kreist es um seine sexuellen Probleme, die daraus entstehenden Schuldgefühle usw. sowie um seine Kontaktstörungen.

In der Klinik äußert er Unheimlichkeitsgefühle und bietet Störungen der Ich-Identität: "Ich will nicht ausgetauscht werden, ich heiße Empfindsam, B. ist auf die Gemeinschaft übergegangen." Er führt Dialoge mit seinen "Stimmen", hält einen Patienten für seinen Vater u.ä.

Unter Pharmaka distanziert er sich innerhalb von 3 Tagen von seinen psychotischen Erlebnissen. Die neurotische Symptomatik kommt wieder zum Vorschein. Er grübelt darüber nach und drängt sehr auf eine psychoanalytische Behandlung.

2. Diagnose: psychotische Episode

7 Monate später kommt es nach der von der Freundin gewünschten Trennung zur erneuten Aufnahme. In den folgenden Tagen ist er "völlig durcheinander", fühlt sich dirigiert und glaubt, daß ihn seine Freundin in die Nervenklinik bringen will. Er hat große Angst "etwas Wesentliches zu zerstören" und befürchtet, alles falsch zu machen. Er lebt unter einem "physischen Zwang", der sein Handeln bestimmt; dieser Zwang geht von solchen Leuten aus, die ihm helfen wollen. Er spürt diesen "Zwang" auf der Zunge, so daß er nur mühsam reden kann. Er ist ständig damit beschäftigt "auszuknobeln", wer sein Freund oder Feind ist. Er schildert "Gedankenabreißen", Gedankenbeeinflussung u.ä.

Nach Pharmaka klingen seine psychotischen Erscheinungen recht bald wieder ab.

3. Diagnose: erneute schizophrene Episode bei neurotischer Persönlichkeit

36) Gisela R. (759/1955)

Die 24jährige Patientin leidet seit einem halben Jahr an "Weinanfällen", die durch kleinste Belastungen ausgelöst werden. Bei der Beendigung ihrer letzten beruflichen Tätigkeit ist sie "ganz verwirrt gewesen, ich hatte die ganze Arbeit durcheinandergebracht und nicht gewußt, was ich tat"; auf der Arbeitsstelle ist sie mißtrauisch geworden, weil die Kollegen zuletzt in "Rätseln und Andeutungen" sprechen.

Sie hat viele flüchtige Männerbekanntschaften; der Coitus verläuft in letzter Zeit überwiegend in Form von Dreiecksverhältnissen, Fellatio und Cunnilingus. Vor Hunden hat sie eine panische Angst, die auf folgendem Erlebnis beruht. Sie wird von einem Mann in dessen Büro eingeladen, wo es zu einem Coitus kommt; als der Mann das Zimmer verläßt, kommt dessen Schäferhund ins Zimmer, der an ihren Genitalien leckt. Sie hat eine starke Schreibhemmung; als "Tarnnamen" für den Coitus benutzt sie das Verb "schreiben". Da sie jetzt den Coitus ablehnt, kann sie auch nicht mehr schreiben.

Sie weiß keinen Weg, aus ihren Verhältnissen herauszufinden. Ihre Symptome treten verstärkt nach ihrer Verlobung auf; zu ihrem Verlobten, den sie seit einem halben Jahr kennt, hat sie noch keine sexuellen Beziehungen. Auf der Straße hat sie gelegentlich den Eindruck, daß sie von den Menschen beobachtet und eigenartig angesehen wird; zeitweilig hat sie auch das Gefühl, daß jemand "hinter mir her ist".

Die Verlobung wird für die Manifestation ihrer Sympto-

matik teilweise verantwortlich gemacht, die paranoischen Erlebnisse noch als einfühlbar angesehen.

Neben ihren psychischen Auffälligkeiten bietet sie Zeichen einer Hyperthyreose. In der Klinik werden mehrere Weinausbrüche und Lachzustände beobachtet, nach denen sie sich stark entlastet fühlt; auch hier fühlt sie sich manchmal von Mitpatienten beobachtet.

Die Mutter ihres Vaters stirbt nach Suizid in einer Nervenklinik.

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion; Verdacht einer beginnenden Schizophrenie

5 Jahre später wird sie in einem katatonen Erregungszustand aufgenommen. Zu Hause wird sie durch Äußerungen von psychotischen Beeinflussungs- und Beeinträchtigungs-ideen auffällig.

Unter Pharmaka bildet sich die psychotische Symptomatik schnell zurück.

2. Diagnose: akute Schizophrenie; chronifizierte abnorme Erlebnisreaktion

In den folgenden Jahren treten noch mehrfache psychotische Schübe auf.

37) Manfred Z. (707/1967)

Der 34jährige Patient befindet sich seit 6 Jahren wegen aggressiver Durchbrüche, Depressionen, schwerer Schlaflosigkeit, Todesangst und vielen Phobien in psychotherapeutischer Behandlung.

Seit vielen Jahren leidet er an dieser therapierefraktären Schlaflosigkeit; deswegen überfällt ihn oft mitten in der Arbeit der Schlaf, und er verliert mehrere hochdotierte Stellen als Bauleiter. Mit allen seinen Vorgesetzten, deren Anordnungen er als sinnlos empfindet, verfeindet er sich bald; meist wird ihm nach kurzer Zeit gekündigt.

Er ist unehelich geboren, wächst in Säuglingsheimen und bei Pflegeeltern auf, die ihn brutal schlagen. "Rafferei und Geldgier sind dort auf der Tagesordnung gestanden, ich hab' immer ein dickes Fell gehabt und alles in mich hineingefressen."

Mit 17 Jahren zieht er zu seinen Eltern, beide Alkoholiker, die "rauschende Feste" feiern. Er macht das Abitur und wandert nach K. aus. Nach seiner Abreise macht seine Mutter Suizid; er äußert deswegen Schuldgefühle, weil er

sich nicht von ihr vor der Auswanderung verabschiedet. Da ihm die "Mentalität" der Menschen in K. nicht liegt, kehrt er nach D. zurück. Hier arbeitet er als Bauarbeiter und bildet sich durch Abendstudium zum Tiefbauingenieur aus. Seine Ehe geht schlecht, da ihn seine Frau "mit Haut und Haaren fressen will".

1. Diagnose: schwere neurotische Fehlentwicklung

Bei der stationären Aufnahme gibt er an, daß er sich seit einem Monat nicht mehr auf die Straße traut, bei jedem Geräusch verängstigt ist und sich darüber aufregt. Der Anblick von Betrunkenen erregt ihn so, daß er sediert werden muß.

Seit kurzem fühlt er sich von seiner Frau "bestrahlt", hört "Stimmen", bezieht viele Dinge auf sich und kann wegen der "Bestrahlung" durch seine Frau in ihrer Gegenwart nur noch stammeln u.ä.

In der Klinik klingt die psychotische Symptomatik ohne Pharmaka von selbst ab. Während des stationären Aufenthaltes beschäftigt er sich ausschließlich mit indischer Philosophie und den Schriften C.G. Jungs. Er will einem Jogi nacheifern, der "Todesübungen" macht und den Körper von der Seele trennen will; er glaubt, dies vielleicht auch zu schaffen.

2. Diagnose: Borderline-Fall; Zustand nach paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie; chronische neurotische Fehlentwicklung

38) Inge K. (629/1955)

Die 20jährige zeigt sich seit einer Reise in ihrem Verhalten den Eltern gegenüber verändert; auf dieser Reise verliebt sie sich in einen Studenten. Da die Eltern diesem gegenüber eine skeptische Haltung einnehmen, kommt es zu Streitereien; der Vater kennt diesen zwar nicht persönlich, steht aber aus "astrologischen" Gründen einer Verbindung ablehnend gegenüber.

Kurz vor der Aufnahme hält ihr Freund erneut eine Verabredung mit ihr nicht ein; daraufhin wird sie zunehmend mutistischer, gerät in einen Erregungszustand und schreit den Vater an: "Warum spionierst Du mir nach, ich will von Euch nichts mehr wissen, Ihr behandelt mich alle so schlecht."

Ihrer Mutter "beichtet" sie, daß sie sich sehr schämt, da sie mit ihrem Freund intime Beziehungen hat; dies wird von ihm negiert.

Affektiv ist die Patientin wenig moduliert, ihr Denken ist zuweilen sprunghaft.

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion; katatoner Stupor?

8 Monate später erfolgt erneute stationäre Aufnahme, nachdem sie zwischenzeitlich psychotherapeutisch behandelt wird.

Seit einigen Wochen klagt sie darüber, daß alles "so unheimlich" ist, daß sie keinen klaren Gedanken mehr fassen kann, "als ob die Gedanken abreißen". Sie lebt jetzt manchmal "wie in einer fremden Welt" und hat das Gefühl, einem fremden Willen unterworfen zu sein. "Verstand und Gefühl gehen jetzt so hin und her... die Gedanken kreisen fortwährend... ich habe keine Angst... bin aber leicht aufgeregt."

Das psychotische Zustandsbild klingt ohne Pharmaka wieder vollkommen ab, und die neurotischen Symptome treten wieder in den Vordergrund.

2. Diagnose: Schizophrenie?

Ein Jahr später ist ihr Gedankengang hochgradig zerfahren, und sie wird durch Phoneme abgelenkt. Während des stationären Aufenthaltes entwickelt sich ein hebephrenes Bild. Sie wird noch mehrfach stationär behandelt.

Abschlußdiagnose: Hebephrenie

39) Susanne S. (462/1954)

Die 23jährige Patientin wird durch einen Erregungszustand auffällig; der Erregungszustand wird von ihr demonstriert, um die Aufmerksamkeit einer Studentin zu erlangen; auch ihre häufig geäußerten Suiziddrohungen imponieren als demonstrativ.

Von der Sexualität hat sie erst anlässlich ihres Medizinstudiums "Kenntnis genommen". Sie berichtet über ihren "Komplex", den Beruf ihres Vaters, der Handwerker ist, verheimlichen zu müssen, weil sie sonst "niemand für voll nimmt"; sie kommt über diesen "Komplex", dessen Unsinnigkeit sie teilweise einsieht, nicht hinweg und führt ihre Kontaktlosigkeit usw. darauf zurück. Deswegen geht sie auch jeder Begegnung mit einem Studenten, in den sie sich "verliebt", aus dem Weg und versucht, durch ihren demonstrativen Erregungszustand Kontakt zu dessen Schwester aufzunehmen. Aus Examensangst und "der unglücklichen Liebe" wegen schiebt sie auch immer wieder ihr Examen hinaus; vorübergehend hat sie auch das Gefühl, daß die anderen Studenten sie beobachten und über sie lachen.

Es bestürzt sie sehr, als ein anderer Student, dem sie von ihren Schwierigkeiten erzählt, sie harmlos berührt; eine psychotherapeutische Behandlung wird von ihr bald abgebrochen.

Ihr "Komplex" bildet sich, als sie mit 12 Jahren ihren Lebenslauf verliert und die anderen Mädchen beim Beruf ihres Vaters laut lachen. Das Verhältnis zu den Eltern, vor allem zum Vater, ist durch diesen "Komplex" sehr gestört.

Ihre Stimmung ist depressiv, und auffällig ist die Flachheit ihrer Affekte.

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion bei schizoider nichtausgereifter Persönlichkeit

Nach der Entlassung erscheint sie fast täglich in der Poliklinik und überschüttet den Arzt mit Belanglosigkeiten und endlosen Briefen. Wegen abrupter Stimmungsschwankungen wird sie erneut stationär aufgenommen; sie erklärt, nur arbeiten zu können, wenn der Arzt sich ausgiebigst um sie kümmert, und gesteht ihm, daß sie ihn "liebt". Sie gibt ihm die Schuld, wenn sie die Prüfung nicht besteht usw.

Bei der Verlegung auf eine andere Station versucht sie, sich in suizidaler Absicht mit einer aufgebogenen Büroklammer die art. rad. zu verletzen. Ihr Gesamtverhalten mutet pubertär an; obwohl sich eine ausgesprochen psychotische Symptomatik nicht findet, erregt das blasse, läppische und affektlahme Verhalten den Eindruck einer beginnenden Psychose.

2. Diagnose: neurotische Entwicklungshemmung; Verdacht auf beginnende Schizophrenie

4 Jahre später wird sie erneut stationär aufgenommen; sie liegt mit stereotyp seeligem Lächeln im Bett und hat angenehme halluzinante Erlebnisse. Der Gedankeninhalt bezieht sich auf psychotische Verbindungen zu dem Arzt, mit dem sie eine enge Beziehung halluziniert. Sie wird mit 43 Insulinschocks und in der Hypoglykämie mit EKT behandelt; unter dieser Kur äußert sie Phoneme, berichtet über haptische Halluzinationen u.ä.

In den folgenden Jahren treten noch mehrfach Schübe auf; zwischenzeitlich legt sie ihr Staatsexamen ab.

Abschlußdiagnose: Schizophrenia simplex

40) Edeltraut S. (255/1963)

Die 25jährige Patientin leidet an anfallsweise auftretender Atemnot, die mit Todesangst verbunden ist; zum ersten Mal tritt dies anlässlich einer Dienstreise ihres Mannes auf. Ihre Symptome verschwinden bei der Rückkehr ihres Mannes, treten in letzter Zeit aber gehäuft auch ohne erkennbaren Anlaß auf.

Die sehr unselbständige depressive Patientin fürchtet sich vor neuer Schwangerschaft; seitdem ist sie frigide und lehnt den sexuellen Verkehr völlig ab. Nachdem sie ihren Beruf aufgibt, "putzte und schrubgte ich wie eine Wilde im Haushalt und lebte nur für das Kind"; sie verliert stark an Gewicht, leidet an Magenschmerzen, ständiger Müdigkeit, starken dysmenorrhöischen Beschwerden und an Depressionen. Die Geburt ihrer Tochter wird von den Schwiegereltern, die sie ablehnen, als Erpressung angesehen; ihrem Mann gegenüber wird sie von starken Schuldgefühlen geplagt und fürchtet ihn zu verlieren.

In der Klinik bietet sie das Bild einer völlig verschüchterten, ängstlichen und infantilen Persönlichkeit mit paranoischen Reaktionen. Sie hat vorübergehend das Gefühl, man spreche über sie, halte sie für verrückt und für einen schlechten Menschen.

Eine Cousine des Vaters befindet sich wegen "Geisteskrankheit" in einer Anstalt. Ihre Mutter stirbt in ihrem 2. Lebensjahr; sie wächst bei Großeltern, Tanten und Onkeln auf.

1. Diagnose: Angstneurose; reaktive Depression

14 Monate später wird sie erneut stationär aufgenommen; nach einer Geburt verschlechtert sich ihr Zustand akut, sie weint viel, ißt kaum noch und äußert ihrem Mann gegenüber grundlos Eifersuchtsideen. Nach Streitereien mit ihrem Mann bekommt sie Schrei- und Weinanfälle: "Ich hab' mir die Ehe anders vorgestellt, ich weiß nicht, was mit mir los ist, ich bin so unsicher; ich schaue aus dem Fenster und verstehe alles nicht." In den letzten Tagen kann sie Kind und Haushalt nicht mehr versorgen, redet wirr durcheinander, wird den Schwiegereltern gegenüber aggressiv und wird bei einem Suizidversuch überrascht.

Eine Abklärung der Diagnose erfolgt durch Pharmaka; sie wird unruhiger, ratloser, äußert Wahnideen und hört Phoneme. Nach Umstellung auf ein anderes Psychopharmakon remittiert das psychotische Bild nach kurzer Zeit.

Es handelt sich bei ihr mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit um den 1. Schub einer Schizophrenie, die man wegen ihrer blanden Verlaufsform dem Formenkreis der Schizophrenia simplex zurechnen kann. Das ratlos

depressive Zustandsbild am Anfang wird als Reaktion der Patientin auf ihre präpsychotischen Erlebnisse gedeutet.

2. Diagnose: Schizophrenia simplex

41) Hans-Peter H. (836/1953)

Der 16jährige unehelich geborene Patient wächst bis zu seinem 8. Lebensjahr ohne familiäre Bindung in Heimen und Pflegestellen auf. Nach der Heirat seiner Mutter kommt er zu ihr zurück.

Seit Jahren leidet er an Pavor nocturnus; besondere Erziehungsschwierigkeiten bestehen seit 2 Jahren, als er anlässlich eines Streites zwischen den Eltern erfährt, daß er ein uneheliches Kind ist und der Stiefvater eigentlich nicht für ihn zu sorgen braucht. Vorwürfe der Mutter, "Du bist schuld, daß Vater und ich uns streiten; wenn er sich scheiden läßt, haben wir beide gar nichts", hört er häufig. Der Stiefvater wendet sich mehr und mehr einem jüngeren Neffen zu, was von ihm mit großer Eifersucht und Aggressionen den Eltern gegenüber beantwortet wird; zuletzt will er nicht mehr zur Schule gehen.

Nach einem Besuch bei Verwandten, wo er zu Unrecht verdächtigt wird, ein Dieb zu sein, kehrt er nicht nach Hause zurück und treibt sich 5 Tage herum. Die Polizei faßt ihn, als er mit einem fremden Ausweis ein Auto mietet und damit durch die Straßen fährt. Auf der Polizeiwache bekommt er einen Erregungszustand; nach einem 2tägigen Aufenthalt in einem Jugendgefängnis holen ihn seine Eltern ab.

Er kommt als "völlig fremdes Kind" nach Hause zurück, wird dem Stiefvater gegenüber aggressiv, fährt "großmannssüchtig" mit einer Taxe u.ä. Der Mutter gegenüber äußert er: "Mutti, ich hab' das Gefühl, als ob ich innerlich zerrissen werde; ich habe Angst, weiß aber nicht wovor." Wenige Stunden nach der stationären Aufnahme bietet er das Bild eines maniformen Erregungszustandes, spricht unzusammenhängend, verweigert die Nahrungsaufnahme und schreit sirenenartig. Nach 4 Behandlungen mit Elektro-Schocks löst sich der Erregungszustand.

Während des 2monatigen Aufenthaltes ist er völlig unauffällig, bekommt guten Kontakt zu Ärzten und Mitpatienten und berichtet von seinen Onanieproblemen und seinen Schwierigkeiten mit dem Stiefvater.

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion; psychomotorischer Erregungszustand

10 Monate später wird er erneut stationär aufgenommen. In

der Zwischenzeit wird er ausgeschult, da seine Leistungen immer schlechter werden; die Schuld daran gibt er den Lehrern und seiner "Träumerperiode". Zuletzt wird er zunehmend unruhiger, fängt an, nachts herumzuwirtschaften, brennt Benzin im Zimmer ab, macht "Experimente" mit Leuchtgas und glaubt, daß er ermordet werden soll. Er fühlt sich beobachtet und verfolgt, behauptet ein Mittel gegen die Atombombe erfunden zu haben u.ä.

2. Diagnose: Hebephrenie

42) Helga B. (947/1959)

Die 16jährige Patientin zeigt in ausgeprägter Form die Züge des verwöhnten Einzelkindes; sie ist geltungsbedürftig, leicht verletzlich, will ihren Willen durchsetzen und hat übertriebene Ansprüche.

Auf der Volksschule ist sie die beste Schülerin; auf der Oberschule wird sie vom Lehrer nicht besonders beachtet, ihre Leistungen fallen zunehmend ab, und sie muß einmal sitzenbleiben. Dieser Mißerfolg ist für sie eine so starke Verletzung ihres Selbstwertgefühls, daß sie von diesem Zeitpunkt an anfängt, völlig unangepaßt zu reagieren; entweder versucht sie sich in den Vordergrund zu spielen, oder sie weicht Anforderungen aus, indem sie sich zurückzieht.

Kurz vor der Aufnahme schwärmt sie für einen Jungen und befreundet sich mit ihm; dieser zieht sich von ihr zurück, nachdem sie ihm grundlos vorwirft, daß er mit anderen Mädchen geht und nicht ehrlich zu ihr ist. Um ihm in der Schule nicht zu begegnen, geht sie überhaupt nicht mehr hin.

Kurz nach diesem Erlebnis entsteht bei ihr eine starke Acne, die sie für sein Verhalten verantwortlich macht; seitdem ist sie sehr mißtrauisch und konzentriert sich hypochondrisch auf diese Acne. Sie grübelt viel über ihren Zustand, wird schlaflos und zieht sich immer mehr zurück.

1. Diagnose: Entwicklungskrise

15 Monate später wird sie erneut stationär aufgenommen. Wegen ihrer Acne geht sie nicht mehr zur Schule und weigert sich, eine Lehrstelle anzunehmen. Sie verbarrikadiert sich in ihrem Zimmer, hört Musik und liest Bücher; die überfürsorglichen Eltern erfüllen ihr jeden Wunsch.

Sie wird zunehmend ängstlicher und unruhiger und kann nur noch mit hohen Dosen Schlaftabletten einschlafen. Wegen ihrer hypochondrischen Beschwerden wird sie in ein

Krankenhaus gebracht und "auf Schilddrüse behandelt". Ihre Unruhe und diffusen Ängste steigern sich. "Die Angst kann man nicht erklären, sie ist furchtbar quälend." Zuletzt hat sie große Angst vor dem "Verrücktwerden" und macht deswegen einen Suizidversuch; in Andeutungen spricht sie über ihre Onanie, sie hat gelesen, daß man davon verrückt wird.

In der Klinik entwickelt sich ein katatonisches Bild (Negativismus, kataleptische Haltungsstarre, Flexibilitas cerea usf.). Nach Auflockerung mit Pharmaka produziert sie viele hypochondrische und haptische Ideen.

Ihre Großmutter soll "geisteskrank" sein.

2. Diagnose: Hebephrenie; katatonischer Zustand

43) Heide Lore M. (1048/1960)

Seit ihrer Kindheit leidet die 19jährige Patientin an Dunkelängsten; jetzt bestehen ihre Ängste darin, verfolgt, ermordet und vergewaltigt zu werden. Diese Ängste treten in Angstanfällen und Träumen auf. Ihre sexuelle Entwicklung wird dadurch geprägt, daß sie als 6jährige in einem Flüchtlingslager mißbraucht wird; sie muß auch heute noch zuweilen zwanghaft an dieses Erlebnis denken. Vor dem Geschlechtsverkehr mit ihrem älteren Freund hat sie große Angst, verkrampft sich und empfindet nur Ekel dabei.

Sie glaubt wahnhaft daran, daß sie anatomisch nicht richtig gebaut ist, sucht wegen ihrer Schamhaftigkeit aber keinen Frauenarzt auf. Zu ihrer diffusen Angst treten in letzter Zeit eine zunehmende Schlaflosigkeit und hypochondrische Symptome. "Die Angst hat sich dann in Schlaflosigkeit verwandelt. Ich hab' wegen der drückenden Magenschmerzen auch nichts mehr gegessen. Es war ein Gefühl in mir, das stärker war als ich. Es saß in der Magen-gegend, es war, als ob es eine Kraft war."

Sie nimmt erheblich an Gewicht ab. Vor einigen Wochen will sie unmotiviert Suizid machen, findet aber keine Tabletten. "Ich bin seit 8 Wochen so unsicher geworden. Manchmal kann ich auch nicht richtig sehen, es ist, als ob eine Mauer da wäre. Früher hatte ich sogar Angst vor einer Schere oder einem ähnlichen Gegenstand. Wenn ich alles, was ich so bemerke, zusammenfassen soll, so ist eine unerklärliche Angst in mir, die die starke Unruhe auslöst."

Vor der Aufnahme wird sie wegen einer "Bewußtlosigkeit" in ein anderes Krankenhaus eingewiesen. Beim Versuch, die Lider zu heben, schließt sie krampfhaft die Augen, verdreht die Bulbi und wendet sich abrupt ab, "ich bin müde". Es wird die Diagnose eines psychogenen Dämmerzustandes gestellt.

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion

9 Monate später wird sie erneut stationär aufgenommen. Es steigt eine Angst in ihr auf, die immer stärker wird; sie hört dann eine "Stimme", die ihr sagt: "Tue es doch, tue es doch." Sie ergreift dann, der "Stimme" folgend, einen Gegenstand und wirft ihn zu Boden; dann ist sie für eine Weile von ihrer Angst erlöst.

Sie hat Angst vor dem Verrücktwerden. "Ich hab' Angst, daß mein Verlobter meine Gedanken errät und ich alles automatisch mache. Mein Verlobter hat mir gesagt, daß er nur ein unberührtes Mädchen lieben würde, und ich war berührt. Ich denke immer an Visionen."

Es stehen inhaltlich vor allem erotische Probleme im Vordergrund. Neben den Phonemen imperativen Charakters bestehen Antriebs- und Denkhemmungen sowie ein weitgehender Gestaltzerfall ihrer Persönlichkeit.

Nach Pervitin-Provokation kniet sie stundenlang auf der Erde und schreit: "Ich bin der Teufel"; sie ergeht sich dabei in persönlichkeitsfremden grobsexuellen Redensarten.

Mütterlicherseits besteht eine psychotische Belastung.

Die psychotischen Erlebens- und Verhaltensweisen sistieren nach wenigen Elektro-Schocks.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

44) Peter P. (83/1966)

Der 20jährige Patient klagt über Depressionen, Arbeitsstörungen, Tagträume und Angst; seit seiner frühen Kindheit ist er ängstlich und kontaktgestört. Bis zu seinem 14. Lebensjahr ist er Bettnässer und stottert stark; die Erziehung seiner Eltern ist übermäßig streng und autoritär. Eine angestrebte psychotherapeutische Behandlung kommt wegen einer floriden Tbc nicht zustande.

3 Jahre später bemüht er sich erneut vergeblich um eine Psychotherapie. Zu den bekannten Symptomen treten schwere Hemmungen Frauen gegenüber und ein zunehmender Alkoholabusus hinzu; aus Therapeutenmangel und der dubiosen Prognose wegen kommt es zu keiner Behandlung.

3 Jahre später, er ist 26 Jahre alt, treten Grübelsucht, Suizidgedanken, optische Halluzinationen nach Alkoholgenuß und ein völliger Initiativeverlust verschärfend hinzu. Wegen prädeliranter Zustände und Depersonalisationserscheinungen erfolgt stationäre Aufnahme.

Wegen seiner Aktivität in dieser Richtung wird eine psy-

choanalytische Behandlung aufgenommen; nach 80 Stunden kann eine Besserung seines Zustandsbildes erreicht werden; unverändert sind die Schlafstörungen und das Symptom, morgens zu spät zur Arbeit zu kommen, weshalb er in einem Jahr 8mal seinen Arbeitsplatz verliert.

Von der 80. Stunde an wird sein Widerstand immer größer, und er verschweigt einen zunehmenden Noludarabusus; gegen seine Arbeit verspürt er eine unüberwindliche Abneigung. Seine einzigen Beziehungspersonen sind seine ihn verwöhnende Großmutter und ein Freund, der zuletzt nach W. zieht. Nach dem Tod der Großmutter gerät er in eine schwere depressive Verstimmung. Sein Widerstand wächst, er führt seine Beschwerden auf organische Ursachen zurück, will sich hypnotisieren lassen, versäumt Stunden usw.; deswegen wird die Psychoanalyse abgebrochen.

1. Diagnose: schizoid depressive Persönlichkeitsstruktur; Alkohol- und Noludarabusus mit Wesensveränderung

3 Jahre später wird er in einem wahngestimmten und hochgradig denkzerfahrenen Zustand aufgenommen. "Wenn ich in die Tür meines Hauses reingehe, seh' ich nur alte, gelähmte Damen... man kann sagen, die alten Damen werden wieder jung... Dr. Jung... es reimt sich alles... einmal Stein, einmal Aug... 'Spiegel' ist beides, und Springer ist auch zwei..."

Während des stationären Aufenthaltes produziert er fortwährend Zeichnungen, deren Inhalt aus Buchstaben, Wortreihen und Symbolen besteht.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

45) Klaus-Jochen L. (1165/1961)

Der 21jährige Patient kapselt sich in letzter Zeit zunehmend ab; er widmet sich ganz dem Fotografieren und dem Cellospiel, das er mit großer Leidenschaft und mäßiger Begabung seit Jahren betreibt. Beim Musizieren liegt auch seine einzige Kontaktmöglichkeit und -bereitschaft. Zu einem Trio gehört ein junges Mädchen, in das er sich verliebt, ohne auf Gegenliebe zu stoßen. Das Mädchen zieht sich mit der Zeit ganz aus diesem Kreis zurück.

Sexuell ist er ein "vollkommen unbeschriebenes Blatt"; bei der Betrachtung von Fotos des geliebten Mädchens bekommt er Pollutionen, steigert sich in sexuelle Phantasien hinein und masturbiert dabei. Diese Masturbationen und das Auftreten "nasser Träume" beunruhigen den völlig unaufgeklärten Patienten stark.

In seinem Studium, in das er durch seinen Vater hineingedrängt wird, hat er nur Mißerfolge und fällt zum zweiten Mal durch die Vordiplomprüfung. Der Mutter und Schwester gegenüber zeigt er ein abweisendes Verhalten; er ist vor allem darauf bedacht, jede körperliche Berührung mit ihnen zu vermeiden.

Ein Bruder des Vaters leidet an Cyklophrenie.

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion

Um ihn über diese "Liebesenttäuschung" hinwegzutrusten, schickt ihn sein Vater zu einem Geschäftsfreund ins Ausland; dieser berichtet, daß er sich unter Vernachlässigung seiner Arbeit völlig Liebesphantasien zu einer gar nicht existierenden jungen Dame hingibt, der er Gedichte schreibt und mit der er Stelldicheins verabredet.

Den Eltern gegenüber macht er bei seiner Rückkehr vage Anspielungen über sexuelle Verführungssituationen und "Aufklärungsvorgänge", denen er durch eine Bekannte ausgesetzt ist; seit der Rückkehr verbleibt er in einem traumhaft versunkenen und in sich gekehrten Zustand.

In den letzten Tagen wird er zunehmend unruhiger, schlafloser, fängt mitten in der Nacht an, Cello zu spielen u.ä. Während er dem Vater gegenüber sehr abweisend wird, zeigt er der Mutter gegenüber plötzlich ein zärtliches Anlehnungsbedürfnis; eine von der Hausärztin verabreichte Beruhigungsspritze bezeichnet er als "eine von Chruschtschow angeordnete Gehirnwäsche". Er glaubt, durch seine jüdische Abstammung angeregt, eine "Mißgeburt und ein siamesischer Zwilling" zu sein. Während des Cellospiels hört er "seinen Geist pfeifen" und hört "Stimmen" in mehreren Sprachen.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie mit neurotischem Überbau

46) Wilhelm S. (642/1959)

Seitdem ihn seine Frau wegen seiner Potenzstörungen verläßt, leidet der 26jährige Patient wieder vermehrt an schweren Schlafstörungen und Kopfschmerzen. Nach der Trennung von seiner Frau "war ich völlig durcheinander, es ging alles drüber und drunter, es war ein völliger Zusammenbruch". Anschließend sucht er "seelischen Kontakt zu Gott" und wendet sich der katholischen Kirche zu, der er bis dahin nur nominell angehört; obwohl seine Symptome weiter persistieren, ist die Kirche für ihn eine "große Hilfe".

Nachdem er der kleinen Tochter wegen und weil er an seiner Frau hängt, diese wieder bei sich aufnimmt, kommt es

wegen der weiterbestehenden Männerbekanntschaften seiner Frau zu erneuten Reibereien; um für sein "religiöses Empfinden klare Verhältnisse zu schaffen", verweist er sie nun endgültig aus der Wohnung und bemüht sich um eine kirchliche Scheidung.

Zuletzt werden die Schlafstörungen wieder stärker, und er hat vorübergehend das Gefühl, als ob alle seine "Gedanken fortziehen"; er wagt auch nicht die Augen zuzumachen, da er sonst in Ohnmacht fällt. Auf seiner Arbeitsstelle versteht er den Sinn der Unterhaltungen seiner Kollegen nicht mehr. Dieser Zustand dauert nur wenige Tage und klingt von selbst ab.

Während des mehrmonatigen stationären Aufenthaltes klagt er über Kopfschmerzen und innere Unruhe; ausgeprägtere Ichstörungen werden nicht mehr beobachtet. Der Vater ist Potator; die Mutter wird wegen "Geistesstörungen" häufig in Nervenkliniken behandelt.

1. Diagnose: reaktiv depressives Zustandsbild; Verdacht auf beginnende Schizophrenie

3 1/2 Jahre später wird er erneut stationär aufgenommen; nach seiner Entlassung unterzieht er sich zwischenzeitlich einer 2jährigen psychoanalytischen Behandlung, nach der er sich deutlich besser fühlt. In den letzten Monaten ist in seiner Behandlung kein Fortschritt mehr zu erzielen, und er kann sich über nichts mehr freuen; alles ist ihm gleichgültig. Er setzt sich zuletzt viel mit der Kirche und religiösen Problemen auseinander und kommt jetzt von diesen Gedanken nicht mehr los. Gegen Abend "ziehen die Gedanken zusammen, es ist wie ein Krampf, der aus der Brust hochsteigt und mir die Kehle zuschnürt". Er fühlt in diesen Augenblicken eine solche innerliche Spannung, daß er glaubt zu explodieren.

Er klagt über diffuse Angst, kann sich auf kein Gespräch mehr konzentrieren und hat seit Monaten Depersonalisationserlebnisse, "als ob zwei zugleich da sind". Er betrachtet die Umwelt, "gleichzeitig laufen mir die Gedanken weg". Er kann das jetzt nicht mehr aushalten; wenn in absehbarer Zeit keine Besserung eintritt, will er sich umbringen.

Aufgrund der Vorgeschichte und der stationären Beobachtung wird als

2. Diagnose: depressives Syndrom bei Schizophrenia simplex gestellt.

47) Ursula S. (888/1953)

Die 21jährige Patientin klagt über ihre Apathie, ihre völlige Gedankenleere und ihre Interesselosigkeit. "Wenn ich vorher sensibel war, jetzt ist einfach nichts mehr da."

Ihre Beschwerden beginnen, als sie anfängt, Psychologie zu studieren; in der Einführungsvorlesung werden Bilder gezeigt, die die Umwandlung einer Frau in einen Mann darstellen. Diese Bilder verursachen bei ihr Angstvorstellungen, es könne ihr auch so ergehen. "Der Boden wankte unter meinen Füßen."

Sie führt ihr Studium weiter und hört 3 Semester Psychologie; Besuche in Schwachsinnigenheimen und Erziehungsanstalten beeindrucken sie sehr, und sie hat große Angst, auch debil zu werden. Nächtliche Unruhezustände, Suizidgedanken und die Angst "den Verstand zu verlieren" führen zu einer psychotherapeutischen Behandlung, die sie von dieser quälenden Angst nicht befreien kann.

Vor dem Auftreten ihrer Symptome kommt es zu einem "unglücklichen Liebesverhältnis". Zu ihrer großen Enttäuschung verläßt ihr Freund sie, da sie sich hartnäckig weigert, mit ihm intime Beziehungen zu haben.

Ihr Vater ist "Neurastheniker" und wird wegen seiner Angst "die Nerven zu verlieren" öfter klinisch psychiatrisch behandelt.

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion

1 Monat später wird sie erneut stationär aufgenommen. Nach der Entlassung wird sie noch antriebsärmer und depressiver und äußert Schuldgefühle gegenüber ihren Eltern und den sie behandelnden Ärzten. Sie glaubt "unter Mordverdacht" zu stehen und verfolgt zu werden.

Nach Elektro-Schockbehandlung wird sie zunehmend verwirrt und wähnt nicht nur sich, sondern auch ihre Eltern beobachtet und verfolgt.

2. Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

48) Ingeborg W. (102/1954)

Die 27jährige Patientin fühlt sich nach dem Auftreten von "Schilddrüsenstörungen" in ihrem 20. Lebensjahr sehr unsicher. Sie nimmt in dieser Zeit stark an Gewicht zu, und es tritt eine Behaarung ihrer Kinnpartie auf. Es entwickeln sich anschließend viele phobische Ängste, vor allem Platz- und Verkehrsmittelangst; wegen ihrer Adipositas glaubt sie auch für schwanger gehalten zu werden.

Sie lehnt das "Frausein" und die Sexualität ab. "Ich versuche, dieses Gebiet zu ignorieren." Als Kind bigotter Eltern wächst sie "sehr religiös" auf; ihre Eltern haben "ihre natürlichen Regungen immer unterbunden". Seit dem 20. Lebensjahr besteht eine starke Onanieproblematik und damit verbundene Schuldgefühle; in Zusammenhang damit und angeregt durch mystische Schriften konvertiert sie zum Katholizismus. "Ich spürte eine intensive sinnliche Erregung, ging zufällig in eine Kirche und empfing die heilige Kommunion."

Seit einigen Monaten klagt sie über "Gliederzittern" und leidet sehr unter einer "Bewußtseinspaltung"; sie sieht sich dabei in Auseinandersetzung mit ihrem Priester, dessen wilde Gesten sie - halluzinierend - sieht, ohne seine Stimme zu hören. Aus seiner Gestik ist zu entnehmen, daß er sie zur Hölle verdammt, weil sie zu "ungeistig" und nur "vom Sexus besessen" ist. Durch die Beichte ist dieser Priester über ihre Masturbation informiert; sie glaubt, daß diese Auseinandersetzung auf telepathischen Beziehungen zu diesem Priester beruhen. Ähnliche Vorstellungen entwickelt sie vor einigen Monaten auch von einem anderen Priester. Während sie damals viel weinte, ist sie jetzt über ihr "starres Gefühl" bedrückt. Sie "liebt" damals diesen Priester und fühlt sich deswegen schuldig. "Nun findet er keine Ruhe mehr, das hätte ich nicht gedurft."

Besonders deprimiert es sie, daß sie sich nach dem Kreuze schlagen und es bespeien sieht. "Ich seh' mich doppelt, wie eine Puppe, bei einem Menschen, bei dem ich nach moralischen Gesetzen nicht sein dürfte. Vor allem hab' ich den Eindruck, daß dieses andere Ich, worüber ich keine Macht habe, nachts wach ist. Ich hab' morgens das Gefühl, daß ich wieder einen Grad schlechter geworden bin. Ich kann mit Beruhigungsmitteln schlafen, aber das andere Ich kann nicht zur Ruhe kommen. Jetzt geht das andere Ich auf das Kreuz los, tritt es mit Füßen und speit danach." Akustisch hört sie dabei "Choralmusik".

Diese optischen Phänomene werden als halluzinatorische Bilder im Rahmen der Neurose angesehen. Zur Abklärung der Diagnose erfolgt stationäre Beobachtung.

Eine Abklärung des unklaren psychopathologischen Bildes erfolgt nach einer 5monatigen klinischen Beobachtungszeit durch Elektro-Schocks. Im Anschluß daran klagt sie über sexuelle Berührungsempfindungen und hört "Männerstimmen", die ihre Gedanken und Vorstellungen mit "nein, nicht sittlich" u.ä. begleiten. Sie fühlt sich beobachtet und glaubt schließlich mit den sie beunruhigenden sexuellen Beeinträchtigungen auf andere einzuwirken.

Ein Großvater stirbt in einer Heilanstalt.

Abschlußdiagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

Sie wird in den folgenden Jahren noch mehrfach stationär behandelt. Neben der psychotischen Symptomatik liegen neurotische Symptome in Form von Straßenangst, Schwangerschaftseinsbildung u.ä. vor, die das Bild "neurotisch" färben.

49) Bernhard W. (412/1954)

Der 16jährige Patient wird auffällig, nachdem er wegen rüpelhaften Benehmens in der Schule vor allen anderen zu-rechtgewiesen wird; seit dieser Zeit fühlt er sich "ir-gendwie verändert". Er nimmt sich diesen Vorfall sehr zu Herzen, bekommt anschließend Weinkrämpfe, wird sehr ängstlich und glaubt vorübergehend, daß er durch Beruhigungstabletten vergiftet werden soll.

Da er vor den anderen Schülern zurechtgewiesen wird, fühlt er sich "bloßgestellt" und glaubt sich aus ihrer Mitte ausgestoßen und verlacht. Er zieht sich von ihnen zurück, da alle über ihn sprechen, ihn beobachten und ihm etwas antun wollen. "Ich verrante mich richtig in diese Ideen. Wenn mich sonst jemand anrempelte, habe ich zurück-geschlagen; jetzt traue ich mich aber gar nicht mehr."

Er klagt über Angstanfälle, weinkrämpfe und Herzbeschwer-den und befürchtet, von den Eltern in eine "Irrenanstalt" gebracht zu werden.

Wenige Tage nach der Klinikaufnahme klingen die krank-haften Erscheinungen völlig ab. Er ist warmherzig, affek-tiv gut moduliert und kontaktfreudig. Es bestehen erheb-liche Konflikte mit der psychisch sehr auffälligen und ihn stark überfordernden Mutter.

Zwei Brüder werden im 17. und 19. Lebensjahr längere Zeit nervenärztlich behandelt.

1. Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion

Bald nach der Entlassung wird er erneut stationär aufge-nommen. Er klagt hypochondrisch über viele diffuse körper-liche Beschwerden; er ist fest davon überzeugt, herz- und lungenkrank zu sein. Auch ist er nun endgültig zu der Überzeugung gekommen, daß man ihn seit dem Schulvorfall langsam vergiften will und daß er bald sterben muß. "Ich weiß genau, daß ich diese Nacht nicht überleben werde." Die wahnhaften Gedanken werden auch nach Pharmaka nicht korrigiert.

2. Diagnose: paranoide Schizophrenie

Nach der Entlassung macht er wegen psychotischer Beein-trächtigungen durch seine Familie zwei Suizidversuche.

Von einer namhaften Klinik wird die Diagnose: sensitiver Beziehungswahn gestellt.

50) Brigitt J. (36/1967)

Die 30jährige Patientin wird wegen "vasomotorischer Kopfschmerzen bei hochgradiger vegetativer Dystonie und Analgetikaabusus" mehrfach stationär behandelt.

Mit 9 Jahren, auf der Flucht vor den Russen, muß sie miterleben, wie man ihre Tante umbringt und ihre Mutter mehrfach vergewaltigt; auch sie wird fast vergewaltigt. Mit 21 Jahren heiratet sie; der Geschlechtsverkehr ist immer mit großer Angst und Ekel verbunden, da sie dabei die Vergewaltigung der Mutter und die Erschießung der Tante vor Augen hat. In letzter Zeit besteht bei ihr ein "Scheidenkrampf", und sie fühlt sich gezwungen, mit ihrem Mann zusammen zu sein, "seelisch bin ich jedoch nicht dabei".

Nach der Entlassung von ihrer Lehrstelle hat sie "dreimal den Strick nehmen wollen"; nur ihre religiöse Einstellung bewahrt sie vor dem Suizid. Die Mutter leidet an Schizophrenie und wird oft stationär behandelt.

1. Diagnose: neurotische Entwicklung

6 Monate später wird sie erneut stationär aufgenommen. "Zuerst hatte ich nachts immer die Vorstellung, es müsse jemand unter meinem Bett sein. Dann hörte ich die Stimme von Dr. L., die sagte, ich soll zu meinem Mann zurückgehen. Ich liebe diesen Arzt, ich liebe jetzt zwei Männer. Dreimal hab' ich versucht, mir das Leben zu nehmen. Mein Mann hat das nicht verstanden, niemand versteht mich, ich bin immer verkannt worden. Ich bin sehr religiös, und immer sagt mir die Stimme, ich darf das nicht tun. Seit Neujahr hab' ich den ganz festen Glauben. Damals war ich in einer katholischen Kirche; da hab' ich die Stimme des lieben Gottes in meinem Herzen gehört. Sie sagte mir auch, mein Mann hätte mich betrogen. Wenn ich an die evangelische Kirche denke, kriege ich Krämpfe und Schmerzen am ganzen Körper; wenn ich an die katholische denke, sind die Schmerzen weg." u.a.

Sie glaubt, daß sie und ihr 4jähriger Sohn von ihrem Arzt hypnotisiert werden.

2. Diagnose: 1. Schub einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie

51) Ursula S. (194/1967)

Die 45jährige Patientin wird mehrfach psychotherapeutisch behandelt, "weil ich psychisch verklemmt war, Angst hatte, mich immer so unsicher gefühlt habe und oft deprimiert war". Sie klagt über vielfältige funktionelle Beschwerden, phobische Ängste, insbesondere Herzangst, und Minderwertigkeitskomplexe.

Sie reagiert mit Angst und Unruhe, wenn kleine Haushaltsdinge auf sie zukommen. Seit ihrer frühen Kindheit führt sie Tagebuch und schreibt später kleine Kurzgeschichten. Seit 3 Jahren schreibt sie viel, meist Gebete; sie bittet darin Gott, ihr aus den Depressionen und der "vegetativen Dystonie" herauszuhelfen. Sie denkt jetzt vermehrt über "weltanschauliche Dinge" und die Einsamkeit des Menschen in der Großstadt nach und schreibt darüber, während sie früher "über die Natur und die Liebe" schreibt. Zuletzt beschäftigt sie sich intensiv mit den Büchern von A.; dieser ist der Leiter der Reformbewegung in D. In seinen Büchern wird dargelegt, daß der Mensch keinen Grund zur Überheblichkeit hat, sondern bescheiden zu Gott zurückkehren soll; das sind auch ihre Gedanken. A.s Grundproblem und auch das ihre ist der "einzelne Mensch, der Einsame in der Gesellschaft".

Testpsychologische Untersuchungen zeigen eine nicht voll ausgereifte Persönlichkeit mit puberalen Zügen, Willensschwäche und stark idealistisch gefärbten weitschweifigen Interessen. Ihre Charakterstruktur wird als schizoid bezeichnet.

1. Diagnose: neurotische Entwicklung; sensitive Persönlichkeit

In der Adventszeit knüpft sie nach langem intensiven Beten "einen Kontakt zu Gott", so daß sie mit Gott Gespräche führen kann, "aber nur innerlich". Schließlich bekommt sie einen "missionarischen Auftrag" von Gott und muß "wie eine Marionette" Dinge tun, die ihr Gott "befiehlt", z.B. das Aufschreiben fragwürdiger philosophischer Erkenntnisse u.ä. Sie glaubt, daß die "Stunde der Umkehr und der großen Weltenwende" anbricht, und fühlt sich als ein Werkzeug einer außerirdischen Macht gelenkt und manipuliert. Sie entwickelt schließlich einen ausgeprägten religiösen Wahn, in dessen System sie viele Personen ihrer Umgebung einbezieht. Sie zerreißt ihren Paß, Geld usw., da dieses nicht mehr benötigt wird.

Bei der Aufnahme ist sie ekstatisch verzückt, umarmt Patienten und verkündet die große Weltenwende.

Unter Pharmaka distanziert sie sich nach wenigen Tagen von ihren psychotischen Erlebnissen. "Ich war überge-

schnappt... das war ein krankhafter Zustand." Affektiv ist sie während der ganzen Zeit warm und angepaßt.

Sie beschäftigt sich schon immer mit großen Problemen, da ihr der Haushalt zu stupide und langweilig ist. "Es waren immer zwei Seelen in meiner Brust, die eine der Haushalt, die andere die Gedanken."

Nach dem Tod der Mutter in ihrem 2. Lebensjahr wird sie von mehreren Haushälterinnen aufgezogen und kommt dann zu einer Pfarrersfamilie, wo sie "sehr christlich" erzogen wird. Nach der Wiederheirat ihres Vaters wird sie von einer bauerlich-groben Stiefmutter "völlig unterdrückt, deshalb konnte ich mich nie entfalten".

Auch ihr Mann und ihre Kinder sind sehr robust und haben kein Verständnis für ihre religiösen und weltanschaulichen Probleme. "Ich kann mich mit niemand darüber aussprechen."

Eine Großmutter ist in den Wechseljahren "durcheinander" und will sich aus dem Fenster stürzen.

2. Diagnose: psychotische Episode; neurotische Entwicklung

52) Robert S. (168/1959)

Der 21jährige Patient leidet an schwerem Zwangsgrübeln und Kontaktstörungen, vor allem gegenüber Frauen und Autoritätspersonen. Er bietet ein solch schweres anankastisches Bild, daß er nach dem Abitur gar nicht den Versuch einer Berufsausbildung macht.

Sein Negativismus gegen die bürgerlichen Lebensformen seines Elternhauses führt dazu, daß er tagsüber schläft und nachts lesend wach bleibt. Die Erziehung seiner Eltern ist seiner Meinung nach darauf hinausgelaufen, in ihm nur Schuldgefühle zu erzeugen.

Er ist krankhaft mißtrauisch und fürchtet durch Schweißgeruch aufzufallen; deshalb meidet er die Gesellschaft.

1. Diagnose: schwere Zwangsneurose

10 Jahre später wird er stationär aufgenommen. Hypochondrisch klagt er darüber, daß sein Schließmuskel nicht mehr suffizient ist und daß durch die daraus resultierende Flatulenz seine Stellung in der Bank unhaltbar wird. Zwischenzeitlich wird er in lockeren Abständen psychotherapeutisch behandelt und schließt mit gutem Erfolg eine Banklehre ab. Wegen dieser Flatulenz sucht er zahllose Fachärzte auf, die keinen organischen Befund erheben können. Er ist überzeugt davon, daß man überall von seiner Flatulenz spricht; er merkt dies am Gesichts-

ausdruck und an verschiedenen Äußerungen der anderen. Man braucht ihn nur anzusehen, das ist für ihn schon ein Zeichen, daß man davon weiß. Wegen seiner Flatulenz hält er sich lange auf Toiletten auf und hat einen immensen Verbrauch an Abführzäpfchen. Zwanghaft glaubt er daran, einen üblen Körpergeruch zu verbreiten; "ich kann an keinen näher herangehen". Dabei ist er übertrieben sorgfältig gekleidet und in seiner Körperpflege tadellos. Während der 2monatigen klinischen Beobachtungszeit lassen sich psychotische Symptome nicht eruieren; er wird hochdosiert mit Pharmaka behandelt.

2. Diagnose: "Der Verlauf spricht wohl am ehesten für eine Zugehörigkeit zum Formenkreis der Schizophrenie. Eindeutig psychotische Symptome sind jedoch nicht zutage getreten."

8 Jahre später, jetzt 39jährig, wird er erneut stationär aufgenommen. Innerhalb eines Jahres macht er drei Suizidversuche, da sich seine zwanghafte Vorstellung, mit seiner Flatulenz und Ausdünstung alle Welt zu belästigen, zur Gewißheit steigert; er riecht jetzt seine Flatulenz selbst und hört diskriminierende Äußerungen Vorübergehender, wie "da geht das Schwein" u.ä. Durch solche Äußerungen seiner Kollegen glaubt er, daß ihm seine Kündigung unmittelbar bevorsteht. Um dieser "Demütigung" zuvorzukommen, will er sich jetzt das Leben nehmen.

Er nimmt auch an, daß seine Nachbarn von dem "unanständigen Inhalt" seiner Selbstgespräche wissen, und glaubt, daß er von ihnen und seinen Eltern einer "maßlosen Onanie" bezichtigt wird. Er hat noch keine homo- oder heterosexuellen Beziehungen; seine Phantasien und Selbstgespräche mit imaginären Partnern über "wüste Sexparties" drehen sich ausschließlich um homosexuelle Praktiken.

Noch vor 2 Jahren ist er der Beste der Angestellten; als der Juniorchef nachrückt, der sein größter Feind ist, wird er durch "dessen tägliches Gerede" immer nervöser, und seine Konzentration läßt immer mehr nach.

"Es ist im vorliegenden Fall sehr schwierig, die Grenze zwischen Wahnvorstellungen und Zwangsgedanken zu ziehen." Aufgrund der stationären Beobachtung entschließt man sich zur folgenden

Diagnose: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

V. Ergebnisse

=====

1a) Die schizophrenen Erkrankungen

Schizophrene Erkrankungen		akut	subakut	schleichend
Paranoide und paranoid-halluzinatorische Formen	29	2	7	20
Simplexformen	10	-	2	8
Hebephrenien	6	-	1	5
Psychotische Episoden	4	4	-	-
Schizoforme Psychosen	2	1	1	-
Katatonie	1	-	1	-
Total	52	7	12	33

Wann eine schleichend verlaufende Schizophrenie eigentlich beginnt, ist eine weitgehend ungeklärte Frage.

Bei den bei 2/3 der Kranken vorliegenden schleichend beginnenden Verläufen (KG 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 31, 32, 34, 36, 37, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 52), bei denen in der Vorgeschichte eine neurotische Symptomatik vorlag, ist die diagnostische Schwelle oft besonders hoch, und es ergeben sich große differentialdiagnostische Schwierigkeiten. Zu einer Quer- und Längsschnittdiagnostik mußte in diesen Fällen eine Verlaufsbeobachtung zur Sicherstellung der Diagnose treten.

Bei den subakut und schleichend einsetzenden paranoid-halluzinatorischen Formen geht dem halluzinatorischen (akustischen) Stadium oft ein wenig ausgeprägtes "paranoid-sensitives" Stadium voraus. Der paranoide Wandel der Situation vor Beginn des halluzinatorischen Stadiums ist meist nur schwer von neurotischen Störungen

abzugrenzen, vor allem bei unsicheren sensitiven Persönlichkeiten, wie sie gerade bei diesen Patienten häufig zu finden sind.

Dazu kommt noch, daß die Kranken oft erst längere Zeit nach Beginn der psychotischen Erkrankung in die Klinik kommen und es dadurch umso schwerer wird, den Ausbruch der Psychose genau zu rekonstruieren. Diese Kranken können insofern auch gar nicht angeben, wann ihre Erkrankung begonnen hat, da sie ihre psychotischen "Erlebnisse" meist nicht als Krankheit ansehen. Gerade im Beginn der psychotischen Erkrankung bleiben diese Kranken in ihrem Verhalten weitgehend unauffällig, auch wenn sie sich oft noch stärker von der Gemeinschaft zurückziehen als vorher. Im späteren Verlauf treten dann unter dem Druck der psychotischen Erlebnisse typische Störungen auf, die die stationäre Aufnahme veranlassen (KG 1, 4, 7, 11, 15, 18, 23, 27, 34, 36, 37, 43, 45, 48, 49, 52).

Ebenfalls nur durch gründliche und langjährige Verlaufsbeobachtungen lassen sich Verhaltensstörungen bei Neurotikern nosologisch einordnen, die einer Simplexform entsprechen. Hier sind Fehldiagnosen zu Beginn einer Erkrankung unvermeidlich.

Angesichts der relativen Seltenheit der Simplexformen ist ihr Anteil an diesem Patientengut auffällig hoch. Nimmt man noch die Fälle hinzu, bei denen im Laufe der wiederholten klinischen Aufenthalte der Simplexcharakter der Erkrankung immer stärker hervortritt, so daß die Erstdiagnose dahingehend korrigiert wurde, so finden sich 20 % Schizophrenien vom Simplextyp (KG 9, 12, 16, 30, 32, 39, 40, 46, 29, 10). Gerade diese uncharakteristischen und symptomarmen blanden Verläufe ohne ausgeprägte schizophrene Plussympomatik lassen, bei einer neurotischen Symptomatik in der Vorgeschichte, die eindeutige Diagnose oft über Jahre in der Schwebe.

Bei den 6 Hebephrenien (KG 3, 21, 28, 38, 41, 42) dieses Patientengutes kommt es im Verlauf der Erkrankung zu oft schwierig einzuordnenden Verhaltensstörungen und Symptomen bei meist auffällig neurotischen Persönlichkeiten, bei denen sich mit dem Krankheitsbeginn diffuse Ängste, Hypochondrien, Zwangssymptome sowie paranoid anmutende Erlebnisweisen verstärken bzw. erstmalig einstellen.

Bei den in der Pubertät und Nachpubertät "knickhaft" auftretenden Verhaltensstörungen ist im Querschnitt oft nicht zu entscheiden, ob es sich um Entwicklungsstörungen oder um eine beginnende Hebephrenie handelt. Bei den meisten dieser Fälle konnte nur durch eine Verlaufsbeobachtung eine endgültige diagnostische Klärung aufgrund der weiteren Entwicklung des Krankheitsbildes herbeigeführt werden (KG 3, 21, 41, 42).

Die 4 schizophrenen Reaktionen (KG 6, 33, 35, 51) wurden als akute psychotische Episoden auf dem Boden einer neurotischen Entwicklung diagnostiziert. Bei einem Patienten (KG 6) ging der Ausbruch der Psychose in zeitlichem Zusammenhang mit einem Examen einher, bei den anderen drei Patienten findet sich eine Zuspitzung einer neurotischen Partnerproblematik.

Die akute psychotische Symptomatik klang bei allen 4 Patienten nach wenigen Tagen bis Wochen ab. Prognostisch wurden sie als günstig angesehen. Soweit man den Verlauf überblicken konnte, kam es nur in einem der Fälle zu einer erneuten schizophrenen Episode (KG 35).

11 Patienten waren bei Ausbruch der Psychose nicht älter als 20 Jahre (KG 49, 43, 42, 41, 31, 28, 21, 5, 3, 2, 26). Gerade diese jugendlichen Schizophrenien lenken die Aufmerksamkeit auf die psychosoziale Entwicklung in der Pubertät und Nachpubertät, deren Krisen mehr als nur Rekapitulationen von Kindheitsneurosen sind und die

oft nur schwer von einer beginnenden Psychose abzugrenzen sind (KG 3, 5, 21, 31, 41, 42, 43, 49, 38).

Obwohl Erkrankungsalter und Primärpersönlichkeit einen wesentlichen Einfluß auf die Ausgestaltung der Psychose haben, findet sich bei diesen Patienten, daß die Diagnose einer Schizophrenie im Jugendalter als desto gesicherter gelten kann, je ähnlicher sie einer Erwachsenen-Schizophrenie ist.

1b) Die den schizophrenen Erkrankungen vorausgehenden neurotischen und pseudoneurotischen Symptome

Art und Anzahl der häufigsten neurotischen und pseudoneurotischen Symptome in den Vorgeschichten von 52 Patienten mit schizophrenen Psychosen

	I	II	III
Vegetativ-funktionelle Symptome ("Neurasthenien")	40	-	-
Angst und phobische Symptome	33	4	2
Depressive Symptome	23	7	-
Paranoid-sensitive Reaktionen	21	-	-
Zwangsneurosen und Zwangssymptome	12	5	5
Hypochondrische Symptome	11	1	1
Hysterische Symptome	8	-	-
Depersonalisationssymptome	3	-	-
Halluzinatorische Symptome	3	-	-
Abnorme Erlebnisreaktion		16	13
Neurotische Entwicklung		11	3
Entwicklungskrisen		4	4
Psychopathien		2	-
Schwere chronifizierte Neurose		1	1
Schizoid-depressive Persönlichkeitsstruktur mit Alkohol- und Tablettenabusus		1	-
		52	29

In I werden die am häufigsten auftretenden Symptome gezählt, jedoch pro Patient nur einmal, auch wenn sie in mehreren Phasen oder während der mehrfachen stationären Aufenthalte auftraten. Diese Zuordnung hat den Vorteil, die Zahl der neurotischen Symptome überhaupt zum Ausdruck zu bringen.

In II wird die abschließende Diagnose angegeben.

In III wird gezählt, bei welchen Diagnosen vorübergehend oder dauernd während des stationären Aufenthaltes differentialdiagnostisch an eine meist beginnende oder schleichend verlaufende Schizophrenie gedacht wurde.

Eine für die verschiedenen Kliniken einheitliche Systematik der kleinen psychiatrischen Störungen gibt es nicht. Daher bestimmt meist die schulische Ausrichtung des Leiters einer Klinik die gestellten Diagnosen und die in den Krankengeschichten festgehaltenen Daten. So sind die auf K. SCHNEIDER zurückgehenden "abnormen Erlebnisreaktionen" und die "neurotischen Entwicklungen" nach BINDER besonders häufig gestellte Diagnosen, hinter denen sich vielfältige neurotische, aber auch bereits pseudoneurotisch-larvierte psychotische Störungen verbergen.

Das von den klassischen Verlaufsuntersuchungen an Schizophrenen bekannte "neurasthenische Vorstadium" wird durch die bei 40 der Patienten bestehenden mehr oder weniger ausgeprägten vegetativ-funktionellen Symptome erfaßt. Diese uncharakteristische Symptomatik bildet bei diesen Patienten aber nur den körperlichen oder psychischen "Resonanzboden" für die neurotischen Konflikte oder die beginnenden psychotischen Störungen.

Differentialdiagnostisch ist die Abgrenzung einer neurotischen Störung gegenüber einem Prodromalstadium einer

psychotischen Erkrankung durch diese diffuse Symptomatik meist unmöglich, und nur eine Verlaufsbeobachtung kann in den einzelnen Fällen diagnostische Klarheit bringen. Dies gilt besonders für die bei Jugendlichen in der Nachpubertät auftretenden vegetativ-funktionellen Störungen, bei denen die Abgrenzung einer Entwicklungs- oder Reifungskrise gegenüber einer Hebephrenie besonders schwierig ist. Das Vorliegen einer klassischen neurotischen Symptomatik oder neurotischer Charakterstrukturen kann die Differentialdiagnose erleichtern.

Angst und phobische Symptome

33 der Patienten klagen über Angst und phobische Symptome (KG 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 24, 26, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 42, 43, 41, 44, 47, 48, 49, 50, 51).

Bei vielen dieser Patienten findet sich zwischen der Angstsymptomatik und den anderen neurotischen Symptomen eine Wechselbeziehung: wo andere Symptome auftreten, verschwindet die Angst, oder ihre Intensität wird geringer (KG 1, 17, 37, 40, 51).

Unter diesen Patienten befinden sich auffallend viele sensitive und wenig durchsetzungsfähige Persönlichkeiten mit hohem Anspruchsniveau, das im Gegensatz zu ihren Möglichkeiten steht (z.B. KG 1, 8, 9, 12, 17, 19, 26, 29, 30, 33).

Biographische Anlässe und auslösende Momente der Angst und phobischen Symptomatik sind oft erst im Laufe einer längeren Analyse zu eruieren, so daß bei objektungebundener und frei flottierender Angst bei neurotischen Persönlichkeiten oft an eine beginnende Psychose nicht gedacht und sie deshalb als Prodromalsymptom einer schizophrenen Psychose übersehen wird.

Bei 17 der Patienten findet sich, daß eine frei flottierende, kaum objektgebundene und nur vage fixierte Angst

als ein pseudoneurotisches Prodromalsymptom einer Psychose anzusehen ist (KG 9, 33, 42, 47, 49, 46, 41, 43, 37, 3, 5, 12, 17, 19, 24, 30, 35). Dies gilt vor allem dann, wenn unmotivierter Unruhezustände, angedeutete Ichstörungen, Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse u.a. hinzutreten (KG 3, 9, 19, 30, 33, 35, 37, 43, 41, 46, 47).

Bei 5 dieser Patienten geht die Angst "verrückt zu werden" unmittelbar dem Ausbruch der Psychose voraus (KG 9, 33, 42, 47, 49).

Bei 24 Patienten mit Angst und phobischen Symptomen bestehen Störungen der Sexualität, meist in Form von Impotenz, Frigidität und Angst und Ekel vor geschlechtlicher Betätigung (KG 1, 5, 11, 13, 12, 16, 10, 20, 25, 26, 29, 33, 34, 35, 40, 44, 48, 46, 43, 47, 50, 19, 24, 36).

Als häufigste Schizophrenieformen fanden sich bei 15 Patienten paranoid-halluzinatorische Formen und bei je 5 Patienten paranoide Formen und solche der Simplexgruppe.

Depressive Symptome

Bei 23 Patienten liegt neben anderen neurotischen Symptomen eine depressive Symptomatik vor (KG 6, 8, 32, 16, 2, 20, 24, 19, 11, 47, 46, 31, 30, 44, 37, 51, 17, 39, 25, 29, 14, 7, 40).

Bei 9 dieser Patienten mit reaktiv-depressiven Symptomen bestehen äußere Veränderungen mit Geborgenheitsverlust. Was bei diesen Patienten auffällt, sind die starken Abhängigkeitsverhältnisse zu Eltern und anderen Beziehungspersonen. So bestehen bei einer 34jährigen Patientin mit ausgeprägt depressiven Verstimmungszuständen heftige Spannungen zwischen ihr und der Mutter, da sie aus Schuldgefühlen dieser gegenüber nicht in der Lage ist, sich von ihr zu lösen. Obwohl sie seit mehreren Jahren verheiratet ist, wohnt sie immer noch bei der Mutter (KG 20).

Die Abgrenzung gegenüber einer endogenen Depression spielt bei diesem Patientengut kaum eine Rolle.

Bei einer Patientin tritt jeweils vor Beginn eines schizophrener Schubes ein ratlos-depressives Zustandsbild auf. "Ich weiß nicht, was mit mir los ist, ich bin so unsicher, ich schaue aus dem Fenster und verstehe alles nicht." (KG 40)

6 dieser Patienten machen einen oder mehrere Suizidversuche (KG 2, 30, 39, 17, 19, 40), 3 davon wegen psychotischer Beeinträchtigungen (KG 17, 19, 40). 2 der Patienten machen einen Suizidversuch während ihrer neurotischen Phase, wobei bei einer Patientin aufgrund ihres läppischen und affektlahmen Verhaltens der Verdacht einer beginnenden Schizophrenie besteht (KG 39, 2). Bei einem Patienten liegt zum Zeitpunkt des Suizidversuches mit großer Wahrscheinlichkeit bereits eine schizophrene Erkrankung vor (KG 30). Über quälende Suizidgedanken und -absichten berichten 3 Patienten (KG 6, 32, 47).

Paranoide und paranoid-sensitive Reaktionen

Bei 21 Patienten finden sich paranoid-sensitive Reaktionen (KG 1, 47, 36, 5, 49, 30, 28, 21, 39, 22, 31, 8, 43, 16, 10, 48, 40, 11, 4, 27, 52).

Bei einem zwangsneurotischen Patienten besteht ein paranoides Syndrom, das schleichend in eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie übergeht (KG 15).

6 dieser Patienten sind als sensitive Persönlichkeiten zu bezeichnen (KG 27, 10, 11, 40, 39, 22).

15 dieser Patienten entwickelten eine paranoide oder paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, 4 Patienten eine Schizophrenia simplex, 2 Patienten eine Hebephrenie. Bei 10 dieser Patienten wurde aufgrund der paranoiden Symptomatik und anderer Merkmale noch während ihrer neurotischen Phase vorübergehend oder dauernd differen-

tialdiagnostisch an eine Schizophrenie gedacht.

Bei 11 Patientinnen finden sich sexuelle Versuchungs- und Versagungssituationen als typische "Schlüsselerlebnisse" und auslösende Situationen für die paranoide Symptomatik (KG 39, 8, 22, 10, 36, 47, 40, 11, 9, 16, 43). Verdrängungen triebhafter (aggressiver und libidinöser) Natur sind charakteristisch. Diese ichschwachen Patienten sind unfähig, einander widersprechende Tendenzen bei sich zu ertragen. Sie lösen diesen Ambivalenzkonflikt durch Projektion auf andere.

Im weiteren Verlauf kommt es bei über der Hälfte der Patienten zu einer zunehmenden Ausweitung der paranoiden Symptomatik, wobei die ursprünglich auslösenden Situationen immer mehr in den Hintergrund treten (KG 49, 1, 47, 36, 5, 21, 39, 22, 48, 11, 4, 27, 52).

Gerade bei Jugendlichen mit paranoiden Reaktionen kann erst der Verlauf darüber Klarheit bringen, ob es sich um ein neurotisches oder bereits psychotisches Krankheitsbild handelt (KG 5, 49, 30, 28, 21, 31, 16, 27, 52).

Dem halluzinatorischen Stadium geht oft ein wenig ausgeprägtes paranoides Stadium voraus, das nicht von einem neurotischen Stadium mit paranoiden Reaktionen zu unterscheiden ist (KG 52, 49, 22, 11, 4, 27). Von den Angehörigen werden die Patienten während dieser Zeit oft nur als "nervöse" und "sensible" Menschen beschrieben.

Die psychotische Symptomatik klingt häufig schnell wieder ab und macht wieder einem "neurotischen" Stadium Platz, wenn es auch zu erneuten psychotischen Exacerbationen und Schüben kommt (KG 36, 39, 8, 27, 40, 43, 48). Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die "neurotische Färbung" einer chronifizierten paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie (KG 48).

Bei 5 Patientinnen kann man beobachten, wie in der manifesten Psychose gerade jenen sexuellen Tendenzen durch-

brechen, deren Unterdrückung die paranoiden und anderen neurotischen Symptome zu dienen scheinen (KG 1, 11, 39, 43, 48).

Bei mindestens 5 der Patienten sind die noch als neurotisch gedeuteten paranoiden Symptome bereits als pseudo-neurotisch-larvierte Prodromalsymptome einer bald darauf ausbrechenden Psychose anzusehen. Es entwickeln sich bei diesen Patienten eine paranoide, zwei paranoid-halluzinatorische, eine Schizophrenia simplex und eine hebephrene Form der Schizophrenie (KG 5, 49, 30, 21, 31).

Zwangsneurosen und Zwangssymptome

5 Patienten leiden an einer schweren Zwangsneurose (KG 9, 15, 23, 28, 52).

Bei 7 Patienten liegen Zwangssymptome neben anderen neurotischen Symptomen vor (KG 7, 12, 21, 22, 27, 25, 34).

3 der Patienten mit Zwangsneurose entwickeln eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (KG 15, 23, 52), 2 Patienten eine Hebephrenie (KG 9, 28).

Bei den Patienten mit Zwangssymptomen finden sich 4 paranoid-halluzinatorische, 1 paranoide, 1 Simplexform und 1 hebephrene Form der Schizophrenie.

Alle Patienten mit Zwangsneurosen sind männlichen Geschlechts; sie sind bereits von Kind auf zwanghaft strukturiert und haben alle bereits im 2. Lebensjahrzehnt Zwangssymptome.

2 bis mehr als 10 Jahre prävalieren die Zwangssymptome bis zur Diagnose Schizophrenie, obwohl bei einigen der Patienten aufgrund von vieldeutigen Symptomen (paranoide Ideen, diffuse Angst, Erregungszustände u.a.) vorübergehend der Verdacht auf eine unter dem Krankheitsbild der Zwangsneurose verlaufende Schizophrenie bestand.

Folgende inhaltliche und zeitliche Beziehungen zwischen

den vorausgehenden Zwangssymptomen und der Schizophrenie sind bei diesen Patienten charakteristisch:

1. Die Umwandlung einer Zwangsvorstellung in eine Wahnidee.

Bei 2 Patienten kommt es zu einer Umwandlung der Zwangsvorstellung, einen üblen Geruch zu verbreiten, in eine Wahnidee. Beide sind in der Psychose wahrhaft davon überzeugt, mit ihrem "üblen Geruch" alle Welt zu belästigen, und nehmen diesen Geruch auch olfaktorisch-halluzinant wahr (KG 27, 52). Diese Entwicklung zieht sich bei beiden Patienten über mehr als 10 Jahre hin, bei zeitweiliger Verstärkung, Abschwächung und auch dem vorübergehenden Verschwinden dieses Symptoms.

2. Ausbrüche von wahnhaften Episoden (KG 28, 15, 23, 27, 25) (beobachtet oder verfolgt zu werden, jemand vergiftet zu haben u.a.) sowie das Auftreten von anderen schizophrenen Symptomen ohne jeden ersichtlichen Zusammenhang mit vorher bestehenden Zwangssymptomen.

In zeitlicher Hinsicht findet sich:

- a) Schizophrene Symptome treten nach langjähriger Zwangsneurose auf (KG 52, 28, 9, 23) bzw. Zwangssymptome gehen den schizophrenen Symptomen um ein bis zwei Jahre voraus (z.B. KG 21, 12, 22).
- b) Schizophrene und Zwangssymptome erscheinen nahezu gleichzeitig (KG 34, 15, 7).

Persistierende Zwangssymptome nach Ausbruch der Psychose finden sich bei allen Patienten mit Zwangsneurose und ausgeprägter Zwangssymptomatik (KG 21), nicht aber bei den anderen Patienten mit leichteren Zwangssymptomen. Soweit man den Verlauf überblicken kann, sind die Schizophrenien mit Zwangssymptomen in der Vorgeschichte als relativ blande verlaufend anzusehen.

Hypochondrische Symptome

Bei 11 Patienten liegen hypochondrische Symptome vor (KG 34, 14, 32, 49, 25, 21, 52, 11, 42, 43, 10).

Bei 4 dieser Patienten wurde eine paranoid-halluzinatorische, bei 3 Patienten eine paranoide Schizophrenie, bei je 2 Patienten eine Hebephrenie und eine Schizophrenia simplex diagnostiziert.

Bei 5 dieser Patienten verbergen sich hinter den hypochondrischen pseudoneurotisch-larvierte psychotische Symptome, die oft auch durch die bizarre Schilderung der Beschwerden aus dem üblichen Rahmen fallen (KG 11, 25, 21, 49, 52).

Differentialdiagnostisch ist die Abtrennung von schizophrenen hypochondrischen Erscheinungsbildern dann unmöglich, wenn die körperlichen Beschwerden und Mißempfindungen in völlig uncharakteristischer Weise geklagt werden und schizophrene Erlebnis- und Ausdruckssymptome fehlen. Praktisch ergibt sich der Hinweis, beim Auftreten eigenartiger Leibsensationen und bei längere Zeit bestehenden unbeeinflußbaren "hypochondrischen" Krankheitsbildern, über die in einer bizarren Weise geklagt wird, an eine Schizophrenie zu denken. Noch mehr als sonst bei der Schizophrenie besagt hier der gerade sichtbare Querschnitt wenig für die Diagnose, sondern erst die Berücksichtigung des Verlaufs und die Beachtung dieser als coenästhetisch beschriebenen schizophrenen Leibgefühlsstörungen ermöglicht die diagnostische Zuordnung.

Hysterische Symptome

Bei 8 Patientinnen wurden hysterische Reaktionen und Symptombildungen beschrieben, die später von anderen neurotischen Symptomen abgelöst wurden.

Bei 3 Patientinnen handelt es sich dabei um mehr oder weniger bewußt inszenierte Erregungszustände (KG 18, 34,

39), bei 1 Patientin um hysterische Anfälle, die sie über längere Zeit fast täglich bot (KG 26), bei 1 Patientin um einen psychogenen Dämmerzustand (KG 43), bei 2 Patientinnen um Tremoren (KG 13, 48) und bei 1 Patientin um ein ausgeprägtes Globusgefühl, verbunden mit der Angst, keine Luft mehr zu bekommen (KG 1).

Bei 6 dieser Patientinnen entwickelte sich eine paranoid-halluzinatorische, bei 1 eine einfache und bei der anderen eine paranoide Schizophrenie.

Alle Patientinnen weisen mehr oder weniger ausgeprägte infantile und narzißtische Züge auf und sind meist intellektuell einfach strukturiert. Familiäre Umwelteinflüsse spielen bei einem Teil der Patientinnen eine Rolle; so wird über ähnliche Symptombildungen bei den Müttern berichtet.

Bei 7 Patientinnen liegen sexuelle Störungen und Konflikte vor. Auslösend für die hysterische Symptombildung wirkten bei einigen dieser Patientinnen sexuelle Versuchsungs- und Versagungssituationen.

Depersonalisationssymptome

Bei 3 Patienten bestehen Depersonalisationssymptome (KG 19, 44, 48).

Über ausgeprägte Depersonalisationserlebnisse in Verbindung mit optischen und akustischen halluzinatorischen Erlebnissen berichtet eine 27jährige Patientin, bei der erst nach einer 5monatigen Beobachtungszeit durch Elektroschocks eine eindeutige Diagnose ermöglicht wurde (KG 48).

Für die Diagnose einer neurotischen Depersonalisation spricht die Auslösung durch innere und äußere Belastungen. Die Depersonalisation bei diesen Patienten wird dabei als Lähmung eines Teils des Ichs geschildert, die von einem anderen Teil registriert wird. Die psychotische

Depersonalisation dagegen wird oft als "gemacht" oder als direkte Beeinflussung geschildert (KG 46).

Halluzinatorische Symptome

Bei 3 Patienten bestehen halluzinatorische Symptome, die noch nicht als psychotisch angesehen werden (KG 1, 28, 48).

Während ihrer "Bewußtseinspaltung" sieht sich eine Patientin, optisch halluzinierend, in einer Auseinandersetzung mit einem Priester, bei dem sie nach ihrer Konversion zum Katholizismus religiöse Übungen macht. Aus seiner wilden Gestik entnimmt sie, daß er sie "zur Hölle verdammt", weil sie zu "ungeistig" und nur "vom Sexus besessen" ist. Aus der Beichte ist dieser Priester über ihre mit großen Schuldgefühlen verbundene Masturbation informiert. Diese Szenen, die sie halluzinatorisch vor sich sieht, sind zuweilen mit "Choralmusik" unterlegt.

Ob es sich in diesem Fall um neurotische oder bereits psychotische Wahrnehmungsstörungen handelt, muß offen gelassen werden, zumal sie auch während ihrer eindeutig psychotischen Phase über ähnliche Erlebnisse berichtet. Hinzuweisen ist auf die "neurotische Färbung" der Schizophrenie bei dieser Kranken (KG 48).

Um sicher neurotische optische Halluzinationen handelt es sich bei einer anderen Patientin. Bei dieser bestehen starke Aggressionen gegen die hübschere und ihr vorgezogene Schwester, die bis zu spielerischen Todeswünschen gehen. Nach dem plötzlichen Tod der Schwester erleidet sie einen "Nervenzusammenbruch"; Angstträume und Angstanfälle tauchen Jahre danach noch im Zusammenhang mit dem Bild der Schwester, ihrem Tod und dem Begräbnis auf. In diesem Zusammenhang sind die dann bei der "religiös" erzogenen Patientin auftauchenden halluzinatorischen Bilder aus der christlichen Symbolwelt, wie Teufel und Kreuz, zu verstehen (KG 1).

Über "dreckige Männer mit dreckiger Tinte im Gesicht", die er nur bei Dunkelheit sieht, berichtet ein 12jähriger zwangsneurotischer Patient (KG 28). Durch Ins-Licht-Schauen kann er diese Bilder jederzeit zum Verschwinden bringen. Nach seinen Andeutungen könnte es sich auch um zwanghaft auftauchende Bilder handeln. "Man darf nicht hinschauen, es kann ja Dreckiges sein... erst weiß ich nicht, ob es dreckig ist, wenn ich länger dran denke, dann denkt man immer weiter, dann wird es dreckig."

Bei 29 Patienten wurde vor der Manifestation psychotischer Symptome neben der neurotischen Erkrankung vorübergehend oder dauernd differentialdiagnostisch eine Schizophrenie erwogen.

Folgende Symptome und Merkmale riefen den Verdacht auf eine meist beginnende oder schleichend verlaufende schizophrene Psychose hervor:

Diffuse, frei flottierende und plötzlich aufsteigende Angst, z.B. als Angst verrückt zu werden.

Paranoide und paranoid-sensitive Reaktionen ohne typische Anlässe und auslösende Situationen bei Patienten ohne auffällig sensitive Verhaltensweisen; Ausweitung dieser paranoiden Reaktionen mit angedeuteten Beeinflussungs-ideen; wahnhaft anmutende Eifersuchtsideen; zunehmende Ausweitung und Systematisierung der paranoiden Ideen.

Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse.

Fremd anmutende und schwer einfühlbare hypochondrische Symptome und bizarre Schilderung dieser Beschwerden durch den Patienten.

Halluzinatorische Symptome, meist optischer Natur, die Ausdruck eines neurotischen Konfliktes waren und nicht eo ipso als Symptome einer Psychose gedeutet wurden.

Konzentrationsstörungen und plötzlich auftretende dif-

fuse körperliche Beschwerden, hartnäckige Schlaflosigkeit, die plötzlich auftrat, starke innere Unruhe und wenig motivierte Erregungszustände.

Familiäre Belastungen mit Psychosen; auffällig schizoide, affektstarre oder autistische Verhaltensweisen; mangelhafte oder fehlende Krankheitseinsicht; plötzlich auftretende Verwirrtheits- und Unruhezustände; ausgeprägt ambivalentes Verhalten; "Leistungsknick" bei Jugendlichen; vorübergehende formale Denkstörungen in Form von Ideenflüchtigkeit und Inkohärenz.

Wenig motivierte Suizidversuche und ungewöhnliche Ausführungsart; plötzlich auftretender zwanghafter Suizidrang und Suizidimpulse.

2) Die Verlaufstypik der neurotischen Erkrankung bis zum Beginn der Psychose und die Zeitspanne zwischen den beiden nosologisch-diagnostisch unterschiedlich einzuordnenden Krankheitsbildern

Die Verlaufstypik der neurotischen Erkrankungen wird in kontinuierliche und in Verläufe mit einer oder mehreren Intermissionen eingeteilt. Bei den kontinuierlichen Verläufen sind die Patienten vom Auftreten der neurotischen Symptome bis zum Ausbruch der Psychose nie von neurotischen Symptomen frei.

Bei den Verläufen mit einer oder mehreren Intermissionen liegen ein oder mehrere neurotisch symptomfreie Intervalle zwischen dem Auftreten der neurotischen Symptomatik und dem Ausbruch der Psychose.

Kontinuierliche Verläufe finden sich bei 45 Patienten.

Verläufe mit Intermissionen finden sich bei 7 Patienten (KG 3, 8, 10, 14, 17, 20, 27).

Wegen der Schwierigkeit, den Beginn der neurotischen Symptomatik aus den Krankengeschichten retrospektiv genau

festzulegen, wird nur die Zeitspanne von der Diagnose einer neurotischen bis zur Diagnose der psychotischen Erkrankung berücksichtigt.

<u>bis 3Mon.</u>	<u>4Mon.-1J.</u>	<u>1-2J.</u>	<u>3-5J.</u>	<u>6-10J.</u>	<u>11-20J.</u>
4	9	9	13	9	8

3) Auffällig präpsychotische Persönlichkeitsstrukturen der Patienten

Auffällig präpsychotisch-schizoide Persönlichkeitsstrukturen finden sich bei 9 Patienten (KG 21, 24, 30, 33, 37, 39, 44, 19, 51). Schizoide Wesensart ohne Krankheitswert wird dabei nicht berücksichtigt.

Als auffällig "sensitive Persönlichkeiten" sind 4 Patienten zu bezeichnen (KG 10, 11, 27, 51).

4) "Auslösende Situationen" der psychotischen Erkrankungen

Bei 15 der Patienten (KG 2, 5, 6, 11, 16, 17, 14, 19, 24, 31, 33, 35, 40, 45, 51) einschließlich derjenigen mit psychotischen Episoden (KG 6, 33, 35, 51) finden sich psychisch traumatische Ereignisse und Konflikte vor Ausbruch der Psychose, die von den jeweiligen Referenten mehr oder weniger mit dem Ausbruch in Verbindung gebracht werden.

So gehen bei 2 Patientinnen dem Ausbruch der Psychose eine Auflösung der Verlobung unmittelbar voraus (KG 16, 17), bei einem anderen Patienten der Abschluß eines Exams (KG 6).

Bei den meisten der anderen Patienten besteht eine sich zuspitzende Problematik im erotisch-zwischenmenschlichen Bereich, zu deren Lösung diese Patienten nicht fähig zu sein scheinen (KG 2, 6, 11, 14, 19, 33, 35, 40, 45).

5) Art der Behandlung vor Beginn der Psychose

44 der Patienten befanden sich vor Ausbruch der Psychose wegen ihrer neurotischen bzw. pseudoneurotischen Störungen ein- oder mehrmals in stationärer psychotherapeutischer Behandlung, die gewöhnlich einen Zeitraum von 4 - 6 Wochen umfaßte, bei einzelnen Patienten sich jedoch auch sehr viel länger hinzog. Diese Behandlung umfaßte in den einzelnen Fällen, neben der medikamentösen Behandlung bei einigen der Patienten, die ganze Skala der psychotherapeutischen Behandlung von der psychagogischen Führung bis zur Psychoanalyse.

13 der Patienten (KG 44, 46, 52, 2, 7, 9, 18, 17, 27, 28, 37, 38, 51) befanden sich in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, davon 3 Patienten (KG 9, 44, 46) in einer psychoanalytischen Therapie.

Bei 1 Patientin kommt es kurz nach Beginn einer psychoanalytischen Behandlung zum Ausbruch der Psychose (KG 32).

6) Hereditäre Belastung, psychopathologische Auffälligkeiten der Eltern und Störungen der frühen Kindheit der Patienten

Zu den abnormen Persönlichkeiten wurden alle als erheblich neurotisch, als kriminell, als Alkoholiker und als auffällig schizoid oder charakterlich sehr abnorm geschilderte Väter und Mütter gezählt sowie alle diejenigen, die Suizid begangen hatten.

Mutter abnorme Persönlichkeit	12
Vater abnorme Persönlichkeit	14
Mutter schizophren (KG 8, 50, 46)	3
Vater schizophren (KG 20)	1
Geschwister schizophren (KG 21)	1
Psychotische Belastungen und "Geisteskrankheiten" in der näheren Verwandtschaft	11

Störungen der frühen Kindheit

Es wird ein sogenanntes "broken-home"-Milieu dargestellt. Es konnten dabei nur grobe, objektiv belegbare oder mehrfach von Patienten, Angehörigen oder anderen Auskunftspersonen erwähnte Störungen berücksichtigt werden.

	Alter der Patienten <u>1 - 5 Jahre</u>
Tod der Mutter	3
Tod des Vaters	2
Trennung von den Eltern	6
Uneheliche Geburt und ungeordnete Verhältnisse	12
Ehe der Eltern zerrüttet	23

Die während der klinischen Behandlung routinemäßig erhobene Familienanamnese sowie die frühkindlichen Daten bis zum 5. Lebensjahr sind in einigen dieser Krankengeschichten lückenhaft und unzulänglich. So wurde z.B. das Alter der Patienten beim Tod eines Elternteils u.ä. nicht berücksichtigt. Die beim Fehlen grober Auffälligkeiten vermuteten "unauffälligen Familienverhältnisse" sind nur mit Vorbehalt als solche anzusehen.

7) Suizidversuche der Patienten

12 Patienten, 8 Frauen und 4 Männer, machten einen oder mehrere Suizidversuche.

4 der Patienten machten diese Suizidversuche während ihrer neurotischen Phasen (KG 2, 26, 30, 39). Bei 2 der Patienten wurde differentialdiagnostisch an eine beginnende Schizophrenie gedacht. Der appellative und demonstrative Charakter dieser Suizidversuche zeigte sich bei 3 der 4 Patienten darin, daß sie ihn vorher ankündigten.

Bei allen 4 Patienten im Alter von 16 - 23 Jahren handelt es sich um kontaktgestörte und bindungsschwache "schizoide" Persönlichkeiten. Diese Kontaktunfähigkeit und Bindungsschwäche bei den 4 jugendlichen Patienten bilden den eigentlichen Hintergrund für die meist banalen unmittelbaren Anlässe der Suizidversuche.

8 Patienten (KG 32, 19, 18, 17, 42, 34, 49, 52) machten wegen psychotischer Beeinträchtigungen Suizidversuche. So macht z.B. ein zwangsneurotischer Patient innerhalb eines Jahres 3 ernstgemeinte Suizidversuche, da er nun wahnhaft davon überzeugt ist, mit seiner Flatulenz alle Welt zu belästigen und deswegen die Kündigung durch seine Firma als unmittelbar bevorstehend erwartet (KG 52).

Eine andere Patientin schneidet sich, bestimmt durch ihre wahnhaften religiösen Versündigungsideen, die Pulsadern auf (KG 17).

10 dieser Patienten hatten vor dem 14. Lebensjahr ein "broken home".

VI. Diskussion =====

1a) Die schizophrenen Erkrankungen

K. SCHNEIDER baut die diagnostische Fundierung einer Schizophrenie grundsätzlich auf dem Zustandsbild und nicht auf dem Verlauf auf, gibt der Querschnittsdiagnostik also das entscheidende Gewicht. Dieses Vorgehen ist dann unproblematisch, wenn Symptome ersten Ranges vorliegen; es wird aber dann sehr problematisch, wenn "nur" Symptome zweiten Ranges vorliegen. Da wir eine Schizophrenie nur psychopathologisch diagnostizieren können, erhebt sich die Frage nach der Spezifität der

psychopathologischen Symptome. WEITBRECHTS Untersuchung zu dieser Frage kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Es gibt kein einzelnes für eine bestimmte Psychose spezifisches psychopathologisches Symptom, aus dessen Vorhandensein eine Schizophrenie unverwechselbar diagnostiziert werden könnte.
2. Auch der Syndrombegriff ist im Rahmen der Psychopathologie problematisch; fast alle "obligaten" Syndrome erweisen sich nicht als ausnahmslos "obligat".
3. Der Anspruch, daß die vielfach aufgestellten "Grundsymptome" etwas "Spezifisches" darstellen, ist nicht erfüllt. Sie sind mehr oder weniger "bildkräftige Metaphern" oder bieten eine viel zu schmale Basis (BLEULERS klassische Assoziations- und Affektstörungen).

Bei einigen Schizophrenien dieses Patientengutes zeigt es sich, daß eine Längs- und Querschnittsdiagnostik nicht ausreichend ist und zur Sicherstellung der Diagnose eine Verlaufsbeobachtung treten muß.

Zwischen "Pubertäts-" oder "Reifungskrise" und einer schizophrenen Erkrankung ergibt sich oft eine besonders schwierige Differentialdiagnose. Es kommt hier nach KISKER auf eine genaue Analyse von Primärpersönlichkeit, Lebenslauf und Persönlichkeitsentwicklung sowie auf eine psychodynamisch orientierte Konflikterhellung an.

In diagnostisch nicht eindeutigen Fällen wurde in der Regel die Hoffnung auf den Verlauf gesetzt, dessen ausschlaggebende Bedeutung für die Diagnose einer Schizophrenie im Pubertäts- und Jugendalter von W. KRETSCHMER hervorgehoben wird. Er weist darauf hin, daß eine aus dem psychopathologischen Querschnittsbild erschlossene Diagnose bei diesen Kranken nicht selten revidiert werden muß. "Heboides" Verhalten und das Symptom der "knickhaften" Charakterveränderung in der Pubertät und

Nachpubertät sind seiner Meinung nach nicht selten Ausdruck einer Reifungskrise.

Der Übergang von auffälliger prämorbid-er Entwicklung zur Psychose stellt nach den Untersuchungen von SÜLLWOLD-STRÖTZEL und KISKER über präschizophrene Entwicklungsverläufe von 27 intensiv untersuchten jugendlichen Schizophrenen bei mehr als der Hälfte der Patienten "oft nur eine Radikalisierung ohne qualitativen Sprung dar". Bei der Hälfte dieser Patienten lagen vor Ausbruch der Psychose klassische neurotische Fehlentwicklungen vor.

L. BENDER, deren Schizophreniebegriff allerdings sehr viel weiter gefaßt ist als der der deutschen Psychiatrie, berichtet von 120 über einen Zeitraum von 5 - 15 Jahren katamnestisch verfolgten Kindern und Jugendlichen, bei denen nur in knapp der Hälfte der Fälle die ursprüngliche Diagnose einer Schizophrenie bestätigt werden konnte.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die Ähnlichkeit der schweren psychischen Veränderungen ("postneurotischer Endzustand"), zu der z.B. eine Anorexia nervosa führen kann, mit einem schizophrenen Defekt hinzuweisen. ZIOLKO hat in seinem Übersichtsreferat über die Anorexia nervosa darauf hingewiesen und eingeräumt, "daß die diagnostisch-nosologische Zuordnung zuweilen besonders schwierig ist und von Autor zu Autor unterschiedlich gehandhabt wird". Er betont aber, daß die Beziehung zwischen Anorexia und Schizophrenie nicht enger ist als die zu einer anderen Neurose.

1b) Die den schizophrenen Erkrankungen vorausgehenden neurotischen und pseudoneurotischen Symptome

BEARD beschrieb die "Neurasthenie" als einen organischen Symptomkomplex mit "konstitutioneller Erschöpfbarkeit

des Nervensystems", "Spinalirritation" und "Hyperästhesie der Sinnesorgane".

JANET und andere französische Autoren, die mehr die psychische Seite (depressive Verstimmungen, Affektlabilität, gesteigerte affektive Reizbarkeit, rasche Ermüdbarkeit u.a.) betonten, sprechen von "Erschöpfungsneurose" und "Psychasthenie". Vor allem russische psychiatrische Schulen nehmen noch heute den Begriff der Neurasthenie und Psychasthenie als Sammelbegriff, der Neurosen und Psychopathien einschließt.

Heute werden viele dieser Zustände unter funktionellen bzw. vegetativ-organischen Gesichtspunkten beschrieben, z.B. als vegetative Dystonie oder als vegetative Neurose. Die funktionelle (vegetative) Symptomatik bildet bei diesen Störungen oft nur den körperlichen Resonanzboden für die neurotischen Konflikte oder die beginnenden psychotischen Störungen (z.B. KG 42, 49), so daß erst bei Vorliegen anderer typischer Symptome die Natur der Erkrankung erkannt wird.

SCHULTZ-HENCKE hat als "neurasthenische" Struktur eine diffuse neurotische Mischstruktur bezeichnet, die aus Anteilen der 4 Hauptneurosestrukturen (schizoide, depressive, zwangsneurotische, hysterische) zusammengesetzt ist, wobei der Anteil der strukturierenden Faktoren je nach seiner Wertigkeit hinzugefügt wird. Liegt danach eine "Mischstruktur" mit depressiven, zwangsneurotischen und hysterischen Zügen vor, so entspricht diese weitgehend der von BEARD beschriebenen "Neurasthenie", die nach SCHULTZ-HENCKE durch eine im Verlauf der ersten 6 Lebensjahre entstandene Schwäche der Impulse und des Antriebserlebens mit sehr labilen Abwehrfunktionen zustande kommt.

wegen der Vieldeutigkeit des Neurasthenie-Begriffes und der damit verbundenen diffusen Symptomatik, die wir in

allen nosologischen Gruppen wiederfinden, vermeiden wir diesen Begriff.

Angst und phobische Symptome finden sich bei 2/3 der Kranken. Bei der Hälfte dieser Patienten geht eine frei flottierende Angst dem Ausbruch der Psychose voraus. Diese diffuse Angstsymptomatik wurde bei diesen Patienten häufig noch als genuin "neurotisches" Symptom angesehen und erst rückblickend als pseudoneurotisch-larviertes Prodromalsymptom der schizophrenen Psychose erkannt.

So fühlt sich ein 16jähriger Patient, der wegen Rüpelhaftigkeit in der Schule zurechtgewiesen wird, danach "irgendwie verändert", wird überängstlich, klagt über Angstanfälle, glaubt "verrückt" und in eine "Irrenanstalt" gesteckt zu werden (KG 49).

Bei einer 24jährigen schizoiden Patientin gehen dem Ausbruch der Psychose diffuse Angst, Unruhezustände und Depersonalisationserlebnisse voraus (KG 19).

An eine sexuelle Versuchungssituation anknüpfend, entwickelt eine 19jährige Patientin viele phobische und diffuse Ängste, die sich zunehmend ausweiten. Sie klagt über Angst vor Männern, befürchtet "hypnotisiert", "willenlos" zu werden, "um von mir was zu erreichen" (KG 5).

Bei einer seit ihrer Kindheit an Dunkelängsten leidenden Patientin treten zunehmend diffuse Ängste und Unruhezustände vor Ausbruch der Psychose auf. "Wenn ich alles, was ich so bemerke, zusammenfassen soll, so ist eine unerklärliche Angst in mir, die die starke Unruhe auslöst" (KG 43).

Ein 16jähriger Patient äußert: "Ich habe das Gefühl, als ob ich innerlich zerrissen wäre, ich habe Angst, weiß aber nicht wovor." (KG 41)

Die anderen Fälle sind den geschilderten ähnlich und bringen nichts grundsätzlich Neues.

Natürlich geht nicht aus jeder diffusen Angst eine Psychose hervor; aber es sollte, in Zusammenhang mit anderen Symptomen und Merkmalen, an diese Möglichkeit gedacht werden.

Die Trias von sensitiver Anlage, beschämendem "Schlüsselerlebnis" und kleinstädtischem Milieu bei paranoid-sensitiven Reaktionen und Entwicklungen wurde von E. KRETSCHMER in seinem Buch "Der sensitive Beziehungswahn" herausgestellt.

Er versucht, "der Rolle der Charaktergrundlage wie der der Erlebniswirkungen gerecht zu werden und besonders die inneren Beziehungen, die zwischen einer speziellen, genau umschriebenen Charakterform und einer speziellen Art der Erlebnisbildung bestehen, in ihrer seelischen Gesetzmäßigkeit zur Anschauung zu bringen". Zur Abgrenzung von schizophrenen Verläufen schreibt KRETSCHMER, indem er sich auf seine mehrdimensionale Betrachtungsweise beruft: "Zwischen paranoischen und paraphrenen, zwischen psychisch reaktiven und endogen-prozeßbedingten Wahnkrankheiten gibt es alle Übergangsstufen, alle möglichen Grade des Ineinandergreifens von psychologischen und prozeßhaften Kausalkomponenten."

Damit steht KRETSCHMER im Gegensatz zu K. SCHNEIDER und JASPERS, die einen Trennstrich zwischen paranoischen Persönlichkeitsentwicklungen und paranoiden Psychosen ziehen. "Wo wirklich Wahn ist, ist schizophrene Symptomatik, wenn auch nicht ganz ohne jede Ausnahme, klinische Schizophrenie." (K. SCHNEIDER) "Es ist unmöglich, einen echten Wahn in seiner Genese zu verstehen." (JASPERS)

Die Alternativfrage psychisch reaktive Entwicklung oder

schizophrener Prozeß hält KRETSCHMER für falsch gestellt. Man muß in jedem Fall und in jedem Stadium des Verlaufs der Erkrankung nach dem Anteil der endogenen und psychischen Faktoren fragen, wobei trotz der Eruiierung psychischer Faktoren auch "Rutschungen im endogenen Untergrund" in Betracht zu ziehen sind.

KRETSCHMER beobachtete den sensitiven Beziehungswahn häufig im erotischen Beziehungswahn "alter Mädchen" und im Masturbantenwahn, aber nicht nur dort, und wies dabei darauf hin, daß "das Erlebnis der beschämenden Insuffizienz für sensitive Charaktere nicht bloß auf dem Gebiet der Sexualethik, sondern gelegentlich auch auf anderen wichtigen Lebensgebieten entstehen kann."

Bei 12 Patientinnen, bei mehr als der Hälfte der Patienten mit paranoiden Reaktionen also, finden sich sexuelle Konflikte und Versuchungs- und Versagungssituationen als typische "Schlüsselerlebnisse" oder auslösende Situationen.

So glaubt eine 25jährige Patientin, die an vielen phobischen Ängsten und körperlichen Mißempfindungen leidet, daß sie mit einem ledigen Pfarrer, der im Hause ihrer Eltern wohnt, verheiratet werden soll, und geht ihm deswegen überängstlich aus dem Weg. In der Psychose werden ihr diese jetzt coenästhetisch gefärbten Mißempfindungen von ihrem Arzt "anhypnotisiert", und sie soll "mit aller Gewalt" verheiratet werden (KG 11).

Eine 19jährige Patientin, die in ihrer Kindheit vergewaltigt wurde und jetzt vor dem Geschlechtsverkehr große Angst hat und nichts als Ekel dabei empfindet, ist wahnhaft davon überzeugt, daß sie anatomisch nicht richtig gebaut ist (KG 43).

Nachdem eine 20jährige Patientin von ihrem Halbbruder "aufgeklärt" wurde, indem er ihr "die Anatomie am leben-

den Modell, nämlich an sich und an mir" erklärte, kann sie niemand mehr ansehen und glaubt fest daran, daß alle Leute ihr ansehen, wie schlecht sie ist (KG 16).

Eine an Frigidität und "Scheidenverkrampfung" leidende 25jährige Patientin äußert wahnhaft anmutende Eifersuchtsideen und bezieht viele Dinge auf sich (KG 22). Diese diffusen Beziehungsideen bei der Patientin erinnern an die ebenfalls von KRETSCHMER beschriebenen "Beziehungsneurosen", bei denen nicht so sehr Reaktion auf bestimmte affektstarke Erlebnisse, als vielmehr eine "mehr diffuse" Eigenbeziehung, die sich als "habituelle psychopathische Eigentümlichkeit über größere Strecken des Lebens verteilt", besteht.

Eine an vielen phobischen Ängsten und "Gliederzittern" leidende hysterische Patientin, die das "Frausein" und die Sexualität ablehnt, "ich versuchte, dieses Gebiet zu ignorieren", glaubt wahnhaft daran, daß sie wegen ihrer Adipositas als schwanger angesehen wird (KG 48).

Im Anschluß an eine sexuelle Versuchungssituation hat eine 36jährige Patientin den Eindruck, als wollten die Leute und auch ein Bekannter, zu dem sie sich hingezogen fühlt, sie "gemein machen". Sie glaubt, daß ihr Bekannter sich für ihren Lebenswandel interessiert, fühlt sich von ihm beobachtet, notiert sich Autonummern u.a. (KG 1).

Daß aus einer sensitiven Entwicklung eine blande verlaufende paranoid-halluzinatorische Psychose hervorgehen kann, zeigt die KG 27. Bei der sensitiven Patientin öffnete vor Jahren ein Mitschüler den Reißverschluß ihres Pullovers und riecht daran. "Seitdem bin ich eigen mit meinem Körpergeruch." Es entwickelt sich bei ihr das Gefühl, als ob sie einen üblen Körpergeruch verbreitet. In den Verkehrsmitteln rücken die Leute von ihr ab, sehen sie merkwürdig an u.ä. Deswegen macht sie lange Fußmärsche

und geht nicht mehr in Gesellschaft. Auch auf der Toilette fühlt sie sich bei der Onanie vorübergehend beobachtet. Wegen dieser Onanie hat sie "entsetzliche Schuldgefühle" und ist überzeugt davon, daß ihre Krankheit mit der Onanie zusammenhängt: "Das kann mir niemand ausreden." In der Psychose klagt sie über olfaktorische Halluzinationen und andere psychotische Beeinträchtigungen, vor allem sexueller Natur.

Eine Differenzierung des Begriffes "sensitiver Beziehungswahn" nimmt LANGFELDT insofern vor, als er von einer hypersensitiven Veranlagung ausgeht, der sensitiven Persönlichkeit aber nach ihrer sonstigen Veranlagung die Möglichkeit, entweder neurotisch oder psychotisch zu reagieren, offenläßt; neurotisch in der Tendenz zu Retention und Introversion aus Scham, Schuldgefühl und Hemmung; psychotisch in der Überwindung des Schuldgefühls durch Überkompensation paranoid-halluzinatorischer Tendenzen.

HÄFNER und WIESNER haben in faktorenanalytischer Betrachtungsweise an 4 Fällen gezeigt, wie in erlebnisgeladenen "neurotoiden" Schizophrenien biographische und neurotische Momente, in rein quantitativ faßbarem Unterschied von den normalen Erlebnismöglichkeiten, einen Drei-Stufen-Übergang von der neurotischen Verarbeitung eines Konfliktstoffes über ein sensitiv oder ein expansiv-paranoisches Stadium in die psychotische Erlebnisform erkennen lassen.

BINSWANGER weist darauf hin, daß sich in daseinsanalytischer Betrachtungsweise bei diesen Patienten die scharfen Grenzen der psychopathologischen Symptomanalyse "im Sinne von Übergängen" verwischen. Auch BETZ hält einen Übergang von sensitiver Wahnbildung in eine paranoide Psychose für möglich, wobei die Unterscheidung für das eine oder andere nach seiner Beobachtung schwer fällt bzw. unmöglich sein kann.

FREUD deutete den Wahn SCHREBERS im Sinne eines Abwehrmechanismus homosexueller Tendenzen. Auch in einigen anderen Fällen von "Paranoia", die er unter die Abwehr-Neuropsychosen subsumierte, steht die wahnbildende Funktion verdrängter homosexueller Tendenzen im Zentrum. Obwohl die in den zwei KGn festgehaltenen Daten nicht zwingend für diese Annahme sprechen, so finden sich doch erhebliche Hinweise dafür, daß für die Auslösung der paranoiden Symptomatik die homosexuelle Problematik dieser Patienten eine nicht zu übersehende Rolle spielt (KG 52, 30).

Bei einem an exzessivem Waschzwang, *délire de toucher* und Grübelsucht leidendem ausländischen Patienten wurde ein noch nicht als psychotisch angesehenes paranoides Syndrom diagnostiziert. Der systematisierte Wahn, wahnhaftes Einfälle und das Phänomen des Gedankenlautwerdens sprechen jedoch bereits zu diesem Zeitpunkt für die Annahme einer Schizophrenie (KG 15).

Auf kurz andauernde psychotische Episoden mit paranoiden Reaktionen, die meist nach wenigen Tagen von selbst wieder abklingen, ist bei 5 Patienten hinzuweisen (KG 41, 38, 46, 3, 31).

So entwickelt sich bei einem 19jährigen kontaktgestörten Patienten im Anschluß an eine Erkrankung seines geliebten Großvaters ein Verstörtheitszustand, er fühlt sich ganz "durchgedreht", kann nicht mehr schlafen und glaubt, daß seine Arbeitskollegen "etwas gegen mich haben". Bei Eintritt in die Klinik ist dieser Zustand bereits wieder von selbst abgeklungen. Wenige Monate später entwickelt sich bei diesem Patienten eine eindeutige Psychose. In Anlehnung an KRETSCHMER beschrieb K. SCHNEIDER ähnliche Krankheitsbilder als "primitiven Beziehungswahn". Diese Krankheitsbilder stellen aus der akuten Situation der Angst, der emotionellen Verstörtheit und der ängstlichen Erwar-

tungsspannung hervorgehende wahnähnliche Erlebnisse des Bedroht- und Verfolgtseins dar, in denen sich "Wahnwahrnehmungen, abnormes Bedeutungsbewußtsein, Beziehungsetzung ohne Anlaß" breitmachen können, die an schizophrene Reaktionen erinnern. Diese Krankheitsbilder steigen akut auf, klingen aber auch ebenso akut und mit voller Korrektur und Krankheitseinsicht ab.

PAULEIKHOFF beschreibt mit der "psychotischen Primitivreaktion" ein sehr ähnliches Krankheitsbild. Es soll sich dabei um Kranke handeln, die in einer für sie schwierigen Situation plötzlich den Überblick verlieren und für kurze Zeit psychotisch reagieren. Unruhe und Angst beherrschen neben Stupor und paranoider Symptomatik das Bild. Die gestellten Diagnosen bei diesen Patienten sind sehr vielfältig. Diese Bilder stellen nach PAULEIKHOFFs Meinung keinen Übergang zur schizophrenen Psychose und auch keine schizophrene Reaktion dar. Sie sind vielmehr ein selbstständiges Krankheitsbild mit weitgehend ähnlichem Beginn, Symptomatik, Verlauf und Ausgang.

E. BLEULER sah in der Zwangsneurose eine larvierte Schizophrenieform und rechnete Zwangssymptome zu den "akzessorischen" Schizophreniesymptomen. KRAEPELIN et al. lehnen nosologische Beziehungen zwischen Zwangsneurose und Schizophrenie ab und wollen Zwangsphänomene dem manisch-depressiven Formenkreis zuweisen.

Von GEBSATTEL vertritt die Ansicht, daß der hinzutretende schizophrene Wahn für den Zwangskranken geradezu eine Befreiung von seinen quälenden absurden Zwangsgedanken bedeutet.

K. SCHNEIDER zeigte, wie fragwürdig je nach dem theoretischen Stand des Untersuchers die Grenzen zwischen Beziehungsideen und Zwangsvorstellungen sind.

Die Beziehung zwischen Zwangssymptomen und Schizophrenien wurden von STENGEL vom klinischen, phänomenologischen und psychodynamischen Standpunkt untersucht. Mit seiner psychodynamischen Auffassung des Zwanges schließt er sich an die psychoanalytische Richtung an und unterscheidet sich dadurch von anderen Autoren, die den Übergang einer echten Zwangsvorstellung in eine paranoide Idee beschreibend darstellen.

STENGEL findet 4 Arten der klinischen Beziehung zwischen Zwangs- und schizophrenen Symptomen:

1. Die letzteren treten nach langjähriger Zwangskrankheit auf;
2. Zwangssymptome gehen schizophrenen Symptomen um einige Monate oder ein bis zwei Jahre voraus;
3. schizophrene und Zwangssymptome erscheinen fast gleichzeitig;
4. Zwangssymptome treten zum erstenmal im Verlauf einer schizophrenen Remission auf.

Am häufigsten findet sich bei unseren Patienten, daß eine viele Jahre bestehende Zwangsneurose der Schizophrenie vorausgeht, seltener, daß Zwangssymptome gleichzeitig mit schizophrenen Symptomen auftreten oder diesen ein bis zwei Jahre vorausgehen.

Die Zwangssymptome können nach STENGEL in der Psychose weiterbestehen, ohne ihre spezifischen Eigentümlichkeiten zu verlieren. Persistierende Zwangssymptome in der Psychose finden sich bei allen unseren Patienten mit Zwangsneurose und ausgeprägten Zwangssymptomen. Die Zwangssymptome können aber auch in den Hintergrund treten oder ganz verschwinden, wenn die schizophrenen Symptome akut einsetzen. In diesem Falle konnte STENGEL beobachten, wie in der Schizophrenie gerade jene Tendenzen durchbrechen, deren Unterdrückung die Zwangs-

symptome zu dienen scheinen. An seinen Kranken gelang es ihm häufig, die Umkehrung des Sinnes der ursprünglichen Zwangsinhalte in der Psychose zu zeigen. So wurde z.B. ein von Bakterienfurcht geplagter und unter Waschzwang stehender Patient in der Psychose zum Koprophilen. Auch andere Autoren haben ähnliche Beobachtungen beschrieben. So beobachtete K. SCHNEIDER bei einem an schweren Zwangssymptomen leidenden Patienten den Umschlag von präpsychotischer Religiosität in Gottesleugnung, SIMKO bei einer anderen Patientin das Umschlagen von homizidalen Zwangsimpulsen in massive Aggressionen während der Psychose. In diesen Fällen kamen die Zwangssymptome in der Remission meist wieder zum Vorschein. STENGEL glaubt, daß der Zwang als Barriere gegen die unerlaubten Triebregungen dient und sie dadurch unschädlich machen kann. In der Psychose kommt es dann zu einem unverhüllten Aufbrechen dieser unbewußten Strebungen der Patienten.

Die große Mehrzahl dieser Kranken waren nach STENGEL paranoide Schizophrene. Ein kleiner Teil hatte hebephrene Formen mit paranoiden Zügen, und einige dieser Kranken zeigten das Bild der Schizophrenia simplex. Auch in unserem Patientengut finden sich als häufigste Schizophrenieformen relativ blande verlaufende paranoide und paranoid-halluzinatorische Formen sowie eine Hebephrenie und eine Schizophrenia simplex.

Das Studium der Verläufe der Schizophrenien, in denen Zwangssymptome eine Rolle spielten, ergab nach STENGEL, daß es nie zu einem akuten und malignen Persönlichkeitszerfall kam. Selten fand sich bei diesen Patienten ein allmählicher Zerfall und relativ häufig eine benigne, zur Remission neigende Entwicklung mit geringem Defekt und wellenförmigem Verlauf. Der Verlauf dieser Schizophrenien ist somit verhältnismäßig gutartig; dies war

besonders dann der Fall, wenn die Schizophrenie auf eine langjährige Zwangsneurose folgte. STENGEL nimmt an, daß bei den lange vorher bestehenden Zwangserscheinungen die Psychose auf ein wohlgeübtes Abwehrsystem trifft, das geeignet ist, den Verlauf mitigierend zu beeinflussen. Handelt es sich aber beim Zwang um eine zeitlich kurzdauernde Prodromalerscheinung der Schizophrenie, so hat er eher den Charakter eines "improvisierten Verteidigungsmechanismus".

An einem auslesefreien Patientengut von 57 Zwangskranken des "Burghölzli" zeigte C. MÜLLER in einer katamnestischen Untersuchung, durchschnittlich 25 Jahre nach der ersten Behandlung, daß über 15 % der wegen Zwangsneurose Behandelten später psychotisch wurden. RÜDIN beobachtete in 10 % ihrer Fälle einen Übergang von Zwangsneurose in Schizophrenie. Dieser Prozentsatz erscheint ziemlich hoch. "Jedenfalls dürften Übergänge in Schizophrenien bei anderen Neurosegruppen bedeutend seltener sein." (C. MÜLLER) Es darf dabei aber nicht vergessen werden, daß es sich doch um relativ kleine Zahlen handelt, obwohl es für eine einzelne Klinik schwierig sein dürfte, ein größeres Material zu bearbeiten.

In MÜLLERs Patientengut unterschieden sich die Verlaufsformen der Schizophrenien früherer Zwangsneurotiker nicht erkennbar von denen aller Schizophrenien. In Übereinstimmung mit STENGEL verliefen die Schizophrenien früherer Zwangsneurotiker dann besonders schwer, wenn die zwangsneurotische Phase nur kurz dauerte und die schizophrenen Symptome früh einsetzten. Die präpsychotische Zwangsphase jener späteren Schizophrenien, die einen relativ gutartigen Verlauf zeigten, unterschied sich von einer reinen Zwangsneurose nicht erkennbar. Dagegen unterschieden sich die späteren Schizophrenen mit ungünstigem Verlauf von den meisten Zwangsneurotikern dadurch,

daß sie eine besonders starke Angst während der Zwangsphase entwickelten.

Diese Gruppe von Kranken ist nach STENGEL auch dadurch phänomenologisch auffällig, daß sie häufig Wahnideen und Halluzinationen demselben Zweifel unterwirft, der für den Zwangskranken so charakteristisch ist. Diese Patienten haben viel öfter und viel regelmäßiger eine weitgehende Einsicht und sogar eine gewisse Objektivität gegenüber ihren Wahnideen und Sinnestäuschungen als andere Schizophrene. Sie werden niemals oder erst sehr spät in ihrer Krankheit von Wahnideen und Sinnestäuschungen völlig beherrscht. Dies ist nach STENGEL auf das Kräftespiel zwischen Zwangssymptomen und schizophrenen Symptomen zurückzuführen. Die starke Neigung des Zwangskranken zur Realitätsprüfung und die Starre der zwangsneurotischen Persönlichkeitsstruktur wirken als Widerstände gegen die Auswirkungen der Schizophrenie. Diese Kranken wirken daher merkwürdig "gedämpft".

I. ROSEN bestätigt STENGELs Beobachtungen bei diesen Kranken. Er findet unter 848 Schizophrenen 30 Fälle, bei denen Zwangssymptome eine Rolle spielen, d.h. bei 3,5 % der Kranken. Charakteristisch für diese Kranken ist es auch, daß sie erst mit dem Einsetzen der schizophrenen Symptomatik in psychiatrische Behandlung kamen. Die "Pseudoneurotische Schizophrenie" schließt nach STENGEL zweifellos die durch Zwangssymptome modifizierten schizophrenen Zustandsbilder und Verläufe ein.

Daß sich aus einem bereits im frühen Kindesalter bestehenden zwangsneurotischen Erscheinungsbild in späteren Jahren eine schizophrene Psychose entwickeln kann, zeigte BRUNSWICK, die einen im Alter von 23 Jahren von FREUD behandelten Patienten nachbehandelte (FREUD hat diesen Fall ausführlich in seiner "Geschichte einer infantilen

Neurose" dargestellt). Sie stellte bei dem jetzt 35jährigen Patienten aufgrund seiner hypochondrisch-paranoischen Wahnideen und seines autistisch-verschrobenen Verhaltens die Diagnose einer paranoiden Psychose.

Hervorzuheben ist in diesem Patientengut die schwere Zwangsneurose eines 12jährigen Knaben mit schwerem Waschzwang, bei dem aufgrund vorübergehender paranoider Ideen und formaler Denkstörungen zeitweilig an eine kindliche Schizophrenie gedacht wurde. Der Patient wurde in den folgenden Jahren mehrfach in renommierten Kliniken von namhaften Psychotherapeuten behandelt. 10 Jahre nach dem Auftreten seiner Zwangssymptomatik hatte sich nach Berichten der Göttinger Universitätsnervenklinik ein hebephrenes Bild mit aggressiven Verhaltensweisen und nach wie vor bestehender Zwangssymptomatik herausgebildet (KG 28).

Die besondere Bedeutung des Auftretens von Zwangserscheinungen im Kindesalter wird von v. STOCKERT und E. EGGERS hervorgehoben. Ein ausgeprägtes Zwangssyndrom in der Kindheit ist ihrer Meinung nach sehr selten, während einfache Zwangsrituale als "Sicherungsmaßnahmen" häufiger zu beobachten sind. Sie kommen aufgrund eigener Beobachtungen zu dem Schluß, daß schwere zwangsneurotische Zustandsbilder in der Kindheit und Präpubertät den Verdacht auf eine "endogene" Psychose nahelegen.

L. BENDER hat bei den kindlichen Schizophrenien eine "pseudoneurotische" Form abgegrenzt, die durch das Bild der "Pan-Neurose" mit Angst, Phobien, Zwangsdenken und -handlungen sowie hypochondrischen und psychosomatischen Symptomen gekennzeichnet ist.

Wie C. MÜLLER vermutet der Autor, daß sich die Zwangsneurosen und die anschließenden psychotischen Störungen auf zwei verschiedenen Ebenen abspielen. Dafür spricht

auch, daß die Zwangssymptome bei diesen Patienten in der Psychose weiter persistieren.

Zusammenfassend läßt sich über die in der Literatur vorgefundenen Meinungen der verschiedenen Autoren zum Problem Zwangssymptomatik und Schizophrenie feststellen, daß sich die Ansichten diametral gegenüberstehen: auf der einen Seite die Auffassung, die Zwangsneurose bzw. Zwangskrankheit ist eine larvierte bzw. "pseudoneurotische Untergruppe der Schizophrenie, auf der anderen Seite die strikte Ablehnung einer nosologischen Beziehung zwischen Zwangserscheinungen und Schizophrenie.

G. HUBER hat 1957 die coenästhetische Schizophrenie beschrieben. Anlaß zur Heraushebung dieser Untergruppe war die klinische Beobachtung von diagnostisch oft schwierigen und unsicher einzuordnenden Fällen, die in mehr oder weniger uneinfühlbarer Weise über viele hypochondrische Symptome und eigenartige Leibeserlebnisse klagten, bei denen jedoch psychotische Symptome im Querschnittsbild meist vermißt wurden.

Bei genügend langer Längsschnittbetrachtung unter Heranziehung katamnestischer Nachuntersuchungen ergab sich, daß im weiteren Verlauf früher oder später immer eine zweifelsfrei die Diagnose einer Schizophrenie ermöglichende Symptomatik auftrat, wenn auch in einigen Fällen erst nach mehreren Jahren und zum Teil nur passager in akuten, rasch wieder abklingenden psychotischen Manifestationen. Diese Patienten werden nach HUBERs Beobachtungen jahrelang ambulant und stationär, auch psychiatrisch, als "Psychopathie", "Hypochondrie", "Neurose" u.a. behandelt. Diese als coenästhetisch beschriebenen Schizophrenieverläufe wurden früher, soweit sie überhaupt erkannt wurden, bei der einfachen bzw. der hebephrenen Form untergebracht. Man sprach z.B. von

"vorwiegend hypochondrischen Hebephrenien" und von "zur Hebephrenie gehörigen Fällen von Neurasthenie, Hypochondrie, Arztsüchtigkeit" (MAYER-GROSS 1928).

Bei 5 der Patienten verbergen sich hinter den hypochondrischen coenästhetisch-schizophrene Symptome, die oft auch durch die bizarre Schilderung durch die Patienten auffällig sind.

So klagt eine Patientin seit kurzem über "merkwürdige Reizgefühle im Leib, von der linken Eierstockseite ausgehend". Sie "reagiere jetzt auf äußere Einflüsse nicht mehr wie üblich durch den Kopf, sondern nur durch den Bauch und den Kreislauf. Im Kopf ziehen alle Reaktionen ab, nach unten in den Bauch, das Blut zieht ab, alle Funktionen im Kopf verändern sich" u.ä. Dabei fühlt sie ganz deutlich, daß dies alles ganz unnatürlich ist (KG 11).

Eindrucksvoll zeigen sich die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei einer Patientin, bei der neben einer neurotischen Erkrankung sowohl eine endogene Depression als auch eine Schizophrenie erwogen wurde. Sie fühlt sich beim Essen verändert. Zuerst hat sie ein beklemmendes Gefühl über dem Magen und bekommt dann nicht mehr richtig Luft. Dann treten ziehende Schmerzen in der Herzgegend auf, und ihr ganzer Körper fängt an zu pulsieren, was sie besonders im Rücken und in den Beinen spürt, die dabei ganz heiß werden. Während des Essens verändern sich auch ihre Augen "auf eine entsetzliche Weise", worüber alle Anwesenden bestürzt sind. Sie beschäftigt sich intensiv mit ihrer Verdauung, glaubt, daß der Darm tot, abgeklemmt ist usw. Neben dieser coenästhetischen Symptomatik besteht ein Waschzwang und eine Bazillenfurcht (KG 25).

Ein Patient mit Zwangshandlungen klagt über vielfältige Körpermeißempfindungen, für die sich kein organischer

Befund erheben läßt. Er beschäftigt sich hypochondrisch mit seinen "Drüsen", seinem Stuhlgang und glaubt, daß sein "Hypophysenvorderlappen nicht richtig durchblutet ist" (KG 21).

Ein anderer Patient klagt über viele diffuse körperliche Beschwerden und ist wahnhaft davon überzeugt, herz- und lungenkrank zu sein und bald sterben zu müssen.

"Das muß doch so sein, denn früher war ich doch gesund."
(KG 49)

HUBER schätzt den Anteil dieser coenästhetischen Formen auf 15 % aller aufgenommenen Schizophrenieverläufe. Die durchschnittliche Zeitdauer bei 50 seiner Fälle zwischen Erkrankungsbeginn und der Diagnose Schizophrenie betrug mehr als 5 Jahre.

Regelmäßig im Beginn coenästhetischer Erkrankungen, aber auch noch in späteren Stadien, sieht man bei diesen Kranken die lebhafteste und adäquat erscheinende Affektivität (KG 11, 25, 49). Sie sind imstande, sich von ihren abnormen Leibempfindungen zu distanzieren, und stehen mit ihrer intakten Persönlichkeit den als krankhaft empfundenen Störungen kritisch gegenüber. Mit der affektiven Wandlung zum zweifelsfrei Psychotischen geht oft eine paranoide Außenprojektion, der Übergang der Leibsensationen in Leibhalluzinationen mit dem Kriterium des "Gemachten" Hand in Hand. Ausgesprochen paranoide Einstellungen trifft man so fast ausschließlich in Verbindung mit leiblichen Beeinflussungserlebnissen. Im Beginn der Erkrankung und über weite Strecken des Verlaufs besteht ein enger Zusammenhang zwischen Leibsensationen und einem depressiven Affekt. Da für diese eigenartigen Körpersensationen die adäquaten Ausdrucksmöglichkeiten fehlen, benützen die Patienten grotesk anmutende Vergleiche und Bilder, oder sie wirken in ihrer Beschwerde-

schilderung verschwommen, diffus, nicht festlegbar.

HUBER sieht in den coenästhetischen Schizophrenieverläufen, von denen viele zeitlebens als solche unerkannt bleiben, auch eine Beziehung zur "latenten Schizophrenie" im Sinne von E. BLEULER.

Die coenästhetische Schizophrenie ist nach HUBER nicht nur ein recht charakteristisches, von den übrigen Untergruppen abhebbares klinisch-psychopathologisches Syndrom, sondern weist außerdem einen somatologisch-pneumenzephalographischen Befund in Form einer subkortikalen Atrophie im Bereich der Basalganglien des Zwischen- und Endhirns auf, wie er bei keiner anderen Unterform der Schizophrenie von HUBER und Mitarbeitern in gleicher Regelmäßigkeit und Ausprägung gefunden wurde.

Nach FREUDschen Hypothesen ist die Schizophrenie durch eine mehr oder weniger vollständige Verwandlung der Objektlibido in narzißtische Libido charakterisiert, so daß es von daher verständlich ist, daß hypochondrische Symptome am intensivsten in den Anfangsstadien der Schizophrenie auftreten, zu einer Zeit, wo die Kranken die narzißtischen Libidoansprüche noch auf keine andere Weise zu bewältigen gelernt haben.

Der zeitgeschichtlich bedingte Symptomwandel ist wohl bei keinem Krankheitsbild so unbestritten wie bei der Hysterie. Es herrscht Übereinstimmung darüber, daß die große Hysterie bei uns nur noch relativ selten beobachtet wird. Anstelle der Lähmungen, Anfälle usw. haben sich immer mehr psychogene Herz-, Magen- und andere internistische Leiden sowie hartnäckige Organneurosen und vasomotorisch-vegetative Dysfunktionen herausgebildet. V. BAeyer beschrieb diesen Symptomwandel als einen "Formwandel vom Darbietungsmaßigen zum Intimen, von der äußere-

ren Gebärde zur psychophysischen, tiefer verankerten Funktionsstörung".

Bei den "Intimformen" sollen pathogenetisch meist chronische Traumen die ausschlaggebende Rolle spielen, der Krankheitsbeginn ist schleichend, der Verlauf wenig abgehoben und die Therapieresistenz erheblich.

Die Darstellungsformen hingegen werden meist durch akute Traumen provoziert, der Beginn ist oft schlagartig, der Verlauf gut abgehoben, die Therapieresistenz, wenn der Krankheitsgewinn nicht zu groß ist, meist geringer.

K. ERNST hat 40 Hysteriker nach 20 Jahren katamnestisch nachuntersucht und sie alle frei von hysterischen Symptomen gefunden. Die Mehrzahl hatte andere Symptome in der Zwischenzeit entwickelt und bot zur Zeit der Nachuntersuchung depressive, herzphobische und andere Symptome oder allgemein neurotische Dauerhaltungen. Er zog daraus den Schluß, daß die gute Prognose sich nur auf die hysterische Symptomatik selbst bezieht, nicht aber auch auf die neurotische Entwicklung überhaupt. Auch bei unseren Patientinnen handelte es sich meist um vorübergehende hysterische Symptombildungen, die von anderen neurotischen Symptomen abgelöst wurden.

Die besondere Rolle infantiler und retardierter Persönlichkeitsmerkmale, wie sie auch bei unseren Patienten zu finden sind, wird von zahlreichen Autoren hervorgehoben. Die intellektuelle Minderbegabung von Patienten mit hysterischer Symptomatik wurde von BASAGLIA anhand von mit dem Wechsler-Test erhobenen Befunden nachgewiesen.

M. BLEULER weist auf die "hysterische Färbung" der Psychose bei Patienten mit hysterischen Symptombildungen oder einer ausgeprägten hysterischen Neurosenstruktur hin (z.B. KG 48).

2) Die Verlaufstypik der neurotischen Erkrankung bis zum Beginn der Psychose und die Zeitspanne zwischen den beiden nosologisch-diagnostisch unterschiedlich einzuordnenden Krankheitsbildern

Bei 45 der Patienten finden sich kontinuierliche Verläufe, d.h. die Patienten waren seit dem Auftreten der neurotischen Symptome bis zum Ausbruch der Psychose zu keiner Zeit neurotisch symptomfrei.

Bei 7 der Patienten finden sich Verläufe mit einer oder mehreren Intermissionen.

Bei 13 der Patienten kam es innerhalb eines Jahres nach Stellung der Diagnose einer neurotischen Erkrankung zum Ausbruch der Psychose. Beim Rest der Patienten ziehen sich die meist kontinuierlichen neurotischen Verläufe über mehrere Jahre (2-10 Jahre und mehr) bis zum Ausbruch der Psychose hin.

Obwohl die neurotischen Verläufe in diesem Patientengut überwiegend kontinuierlich sind und sich bei der Mehrzahl der Kranken über mehrere Jahre bis zum Ausbruch der Psychose hinziehen, können die meisten dieser chronifizierten neurotischen Erkrankungen wegen des häufigen Symptomwandels nicht als stabilisiert angesehen werden. ERNST, CREMERIUS und andere Autoren vertreten die Ansicht, daß es häufiger bei akuten als bei chronifizierten und damit in gewissem Sinne stabilisierten neurotischen Erkrankungen zum Ausbruch einer Psychose kommt.

Die Ausweitung und der häufige Wechsel der neurotischen Symptomatik scheint das geeignete Kriterium für den un-stabilen und akuten Zustand der neurotischen Krankheitsbilder und die damit verbundene größere Gefährdung dieser Patienten, an schizophrenen Psychosen zu erkranken.

3) Auffällig präpsychotische Persönlichkeitsstrukturen der Patienten

Auffällig präpsychotisch-schizoide Persönlichkeitsstrukturen finden sich nur bei 9 Patienten. Schizoide Wesensart ohne Krankheitswert wird dabei nicht berücksichtigt.

Die Charakterisierung der präschizophrenen Persönlichkeit ist in der deutschsprachigen psychiatrischen Literatur vorwiegend statisch orientiert. Idealtypisches Leitbild ist dabei die Endgestalt des Psychotikers; von ihm her wurde, wie beim "Schizoid" KRETSCHMERS, die vorangehende Charakterentwicklung rückinterpretiert.

KRETSCHMER beschreibt sowohl die hereditäre Beziehung schizoider Wesensart zur Schizophrenie als auch ihren präpsychotischen Charakter als eine unbezweifelbare Tatsache. Er bleibt aber beim präpsychotisch-schizoiden Charakter nicht stehen, sondern weist darauf hin, daß man präpsychotisch-schizoides, psychotisches und postpsychotisches Verhalten nicht auseinanderreißen könne. Unter Berufung auf den von E. BLEULER eingeführten Begriff der "latenten Schizophrenie" projiziert er die Schizophrenie über die Vorstufe des "Schizoiden" bis in die gesunde "Schizothymie" hinein. "... die prozeßhaften Dauerverschlebung der Persönlichkeit... lassen sich nur graduell, aber nicht grundsätzlich von der Lebensentwicklung des Normalen abtrennen."

Nach KRETSCHMERS Aufstellung des "Schizoid"-Begriffs betonte E. BLEULER, daß die Schizophrenie eine "bloße Steigerung ins Krankhafte" ist, während es sich beim "Schizoid" um einen psychopathischen Zustand, bei der Schizophrenie aber um einen somatischen Prozeß handelt, der nur eine kleine Minderheit von Schizoiden ergreift. Die Psychologie der Schizoiden betrachtete BLEULER unter den gleichen Gesichtspunkten wie die der Schizophrenen,

nämlich der Assoziationsstörungen auf dem Gebiet des Denkens und Fühlens, des Autismus und der Ambivalenz. Tiefenpsychologisch wird stark schizoides Verhalten im Sinne einer Neurosenstruktur oder einer neurotischen Fehlhaltung angesehen, ohne Rücksicht auf die Beziehung zur schizophrenen Psychose. Hypothetisch wird angenommen, daß Zurückweisungen und Frustrationen im ersten Lebensjahr, auch frühe Objektverluste, zu dieser Struktur disponieren. Die Mütter dieser Personen werden meist als ausgesprochen ambivalent beschrieben. Die tiefe Kontaktgestörtheit, die durch Hemmung der "intentionalen" Antriebsqualität zustandekommt, steht bei der von SCHULTZ-HENCKE herausgearbeiteten schizoiden Neurosenstruktur im Vordergrund. Es besteht bei diesen Menschen die Bereitschaft, die für sie charakteristische Distanz zu Welt und Personen in "Objektverlust" (FREUD) überzuführen.

M. BLEULER fand bei Untersuchungen zur präpsychotischen Persönlichkeit, daß $\frac{1}{3}$ der Erkrankten vor der Psychose schizoide Psychopathen waren. Insgesamt zeigten 64 % aller Erkrankten schizoide Wesenszüge. BLEULER betonte aber gleichzeitig, daß sich Schizophrenien nicht nur auf dem Boden einer schizoiden Persönlichkeit, sondern - wenn auch nicht so häufig - auf dem Boden einer hysterischen oder anankastischen Persönlichkeit entwickeln.

4) "Auslösende Situationen" der psychotischen Erkrankungen

Bei 15 der Patienten finden sich psychisch belastende Situationen (Verlobungsauflösung, Examen, eine sich zuspitzende Partnerproblematik im erotisch-zwischenmenschlichen Bereich), die mit dem Ausbruch der Psychose in Verbindung gebracht werden.

FÄRGEMANN hat 1963 eine ausführliche Monographie über "Psychogenic Psychoses" mit langfristigen Katamnesen von

170 Fällen veröffentlicht. Es handelte sich um akute Psychosen, die zwischen 1924 und 1926 in Kopenhagen als "psychogene Psychosen" (besser wäre, da weniger mißverständlich, "psychisch ausgelöste Psychosen") diagnostiziert wurden, da sie im Anschluß an ein psychisches Trauma ausgebrochen waren. Symptomatologisch handelte es sich vorwiegend um affektive Syndrome, Bewußtseinsstörungen mit Dissoziation im Denken, Halluzinosen, Stupor und paranoide Zustände. Bei den 16 Jahre später stattfindenden katamnestischen Untersuchungen wurde nur noch bei weniger als der Hälfte der Patienten die ursprüngliche Diagnose einer "psychogenen Psychose" bestätigt und bei dem Rest eine "Kernschizophrenie" diagnostiziert. Diese Untersuchung soll zeigen, daß nicht nur schizophrene Reaktionen, sondern auch Kernschizophrenien psychisch ausgelöst werden können.

MATTUSSEKs Kritik an Ansichten, Bedeutung und Struktur der "Anlässe" und "auslösenden Situationen" schizophrener Psychosen weist auf die Verkennung bzw. ungenügende Würdigung der methodischen Schwierigkeiten hin, die erst bei intensivem psychotherapeutischen Kontakt überschaubar werden und richtig zu bewerten sind.

In Anlehnung an v. BAEYERs Lehre der Begegnung und gestützt auf 18 von ihm intensiv psychotherapeutisch behandelte Schizophrene vertritt MATTUSSEK die Hypothese, daß die häufigsten, eher zu akuten als zu chronischen Veränderungen führenden Ausgangssituationen und spezifischen Anlässe in mißglückten menschlichen Begegnungen zu sehen sind, bei denen ein Partner dem Kranken entweder zu nahe kommt oder in eine unerreichbare Ferne von ihm rückt.

V. BAEYER beschreibt diese spezifischen "auslösenden Situationen" als einen "verfehlten Begegnungsentwurf, ein gescheitertes Begegnenwollen, dem statt des normalen

Begegnenkönnens nur die psychotisch-destruktive Möglichkeit des Begegnens offensteht".

Der Streßbegriff wird allgemein und auch von MATTUSSEK entschieden abgelehnt, da als "auslösende Situation" nur individualspezifische Streßsituationen in Betracht zu ziehen sind. ZUTT weist bei den "auslösenden Situationen" auf das Problem der Reifung hin und betont, daß vor allem hebephrene und paranoide Bilder bevorzugt an zugespitzten Reifungsstadien aufzutreten pflegen.

H. KRETZ, der die Krankengeschichten von 14 Patienten bearbeitete, die in zeitlichem Zusammenhang mit einem Examen schizophren erkrankten, fand bei diesen Patienten, daß sich mit der Prüfungsproblematik meist eine erotisch-mitmenschliche Problematik verschränkt. "In der akuten Psychose wurde dann thematisch ganz vorwiegend das Sexuell-Erotische aufgegriffen, wobei eine ausgesprochene Entdifferenzierung dieser Problematik und eine Reduktion auf das Vordergründig-Sexuelle unverkennbar ist. Examensängste oder Examensnöte, wie wir sie herkömmlicherweise kennen, werden hingegen in der akuten Psychose kaum jemals artikuliert." Einer unserer Patienten, bei dem eine akute psychotische Episode in zeitlichem Zusammenhang mit einem Examen auftrat und der unter erheblichen Onaniekonflikten litt, entwickelte in der Psychose einen Liebeswahn (KG 6).

KISKER und STRÖTZEL fanden bei 36 intensiv untersuchten schizophrenen Jugendlichen, daß fast $2/3$ der Erkrankungen als psychisch ausgelöst angesehen werden müssen, wenn die hintergründigen familiären Spannungen in Betracht gezogen werden. Bei einem Teil dieser Patienten zeigte sich darüber hinaus eine enge Verschränkung von familiärer Situation und beginnender Schizophrenie.

5) Art der Behandlung vor Beginn der Psychose

44 der Patienten befanden sich vor Ausbruch der Psychose wegen ihrer neurotischen Störungen in stationärer psychotherapeutischer Behandlung, 13 der Patienten befanden sich in einer ambulanten Psychotherapie, davon 3 Patienten in einer psychoanalytischen Behandlung. Bei einer Patientin kam es kurz nach Beginn einer psychoanalytischen Behandlung zum Ausbruch der Psychose.

Obwohl dieses Patientengut sich nur aus manifesten Psychosen zusammensetzt, hat man den Eindruck, daß der Ausbruch der Psychose in einigen Fällen (z.B. KG 52 und 46) durch die ambulante psychotherapeutische Behandlung einige Zeit hinausgeschoben wurde.

Bei 29 der Patienten wurde, wenn auch nicht selten nur vorübergehend, differentialdiagnostisch an eine schizophrene Erkrankung gedacht. Gerade von tiefenpsychologischer Seite wird die Meinung vertreten, daß eine aufdeckende Psychotherapie bei "Grenzfällen" die Psychose zum Ausbruch bringen kann und deswegen eine Kontraindikation für diese Art der Behandlung darstellt. ERNST vertritt aufgrund seiner Untersuchung, die gezeigt hat, daß gerade bei diesen Patienten sehr häufig falsche Verdachtsdiagnosen oder Fehlprognosen auf Schizophrenie gestellt werden, die Ansicht, daß eine Psychose praktisch nicht vorausgesehen werden kann und deswegen auch keine Kontraindikation für eine sonst indizierte psychotherapeutische Behandlung besteht.

In den Krankengeschichten finden sich keine unmittelbaren Hinweise dafür, daß die aufdeckende Psychotherapie bei den einzelnen Patienten psychotisch manifestationsfördernd wirkte, obwohl dies bei einigen Patienten zu vermuten ist.

6) Hereditäre Belastung, psychopathologische Auffälligkeiten der Eltern und Störungen der frühen Kindheit der Patienten

Angeregt durch Erkenntnisse, die in der intensiven Psychotherapie Schizophrener über die intrafamiliären Verhältnisse in der Kindheit und Jugend gewonnen wurden, haben LIDZ und Mitarbeiter die bisher gründlichsten Untersuchungen über die intrafamiliären Verhältnisse Schizophrener vorgelegt. Von dieser Forschergruppe wurden die Familien von 15 jugendlichen Schizophrenen eingehend studiert. In therapeutischen und nichttherapeutischen Interviews mit allen Familienmitgliedern wurden gewöhnlich mehrere Hundert von Stunden für jede Familie aufgewandt. Keine einzige der Familien konnte als integriert angesehen werden. Mindestens 60 % der Patienten hatten einen Elternteil, der an "ambulatorischer Schizophrenie" litt oder eindeutig paranoid war.

In allen Familien waren die ehelichen Beziehungen der Eltern schwer gestört, es kam oft zur Spaltung in zwei Parteien, wobei ein Partner den anderen zur Unterordnung unter starre Forderungen zu zwingen suchte. In den anderen Fällen bestand ein leidlich harmonisches Zusammenleben, aber nur dank einer starken Verschiebung und Verzerrung der intrafamiliären Struktur, da der eine Partner infolge seiner psychopathologischen Symptome eine Rolle spielte, die vom anderen Partner bestätigt und geteilt wurde. Diese Verhältnisse führten bei den späteren Schizophrenen zur Unmöglichkeit, sich mit dem einen Elternteil zu identifizieren, ohne mit dem anderen in Konflikt zu geraten, und zur Übernahme der gestörten elterlichen Realitätsinterpretation.

Bei den Müttern fiel das Fehlen einer Wir-Beziehung zwischen Mutter und Kind auf, in Verbindung mit hochgradiger Aufdringlichkeit und Einmischung. Diese Mütter zeig-

ten oft übermäßige Strenge aufgrund eigener zwanghafter Ängste oder umgekehrt übermäßige Nachgiebigkeit aufgrund eigener Unsicherheit. Die Väter in diesen Familien versagten ausnahmslos in ihrer natürlichen Aufgabe in der Familie. Es zeigte sich, daß in Familien mit schizophrenen Töchtern die Mutter, in solche mit schizophrenen Söhnen der Vater stärker versagt hatte.

DELAY, DENIKER und GREEN haben die Eltern und Geschwister von 50 hospitalisierten männlichen Schizophrenen in ausführlichen Gesprächen (2-3 Stunden pro Auskunftsperson) untersucht. Sie finden überaus häufig abnorme Persönlichkeiten unter den Eltern, oft einen "psychotischen Charakter", der zwar keine manifeste Psychose ist, aber Eigenheiten in sich schließt, die an eine Psychose erinnern. Besonders häufig ist in ihrem Krankengut das tatsächliche oder doch affektive Fehlen des Vaters oder die Umkehr der Vater/Mutter-Rollen in der Kindheit der späteren Schizophrenen.

KISKER und STRÖTZEL untersuchten bei 36 jugendlichen Schizophrenen die familiäre Situation, in der diese Kranken aufwuchsen, und verglichen sie mit einer Gruppe von 21 Jugendlichen, die wegen reaktiver Fehlentwicklungen ebenfalls stationär behandelt wurden.

Das Kindheitsmilieu der Schizophrenen war dabei nicht spezifisch, aber doch in einer typischen Weise von jenem der Kontrollgruppe verschieden. Es häuften sich verdeckte innerfamiliäre Gruppenkonflikte. Auffällig war ein starres familiäres Rollensystem mit erschwelter Ablösung der Patienten aus den Elternbindungen. Spezifische Elterntypen, insbesondere eine "schizophrenogene" Mutter, waren nicht erkennbar. Den späteren Schizophrenen war in der Jugend "eine geheime Schärfe und eine moralische Unerbittlichkeit" eigen.

In der Vergleichsgruppe der reaktiven Fehlentwicklungen fand sich dagegen "ein offenes Protestieren und Agieren mit stabilen Abwehrhaltungen, wie offene Aggression, Dissozialität, darstellungsfreudige Selbstbespiegelung" u.a.

ARONSON und POLGAR zeigten an einer Gruppe von 13 schizophren erkrankten Soldaten, daß nicht nur das Familienmilieu pathogen wirken kann, sondern andere wichtige Umweltgruppierungen, wie die militärische Gruppe, einen ähnlichen Einfluß ausüben. Der Ausbruch der Psychose erfolgte bei diesen untersuchten Kranken in engem Zusammenhang mit ihrer Beziehung zur wichtigsten Umweltperson.

Diese Arbeiten aus verschiedenen Ländern und psychiatrischen Schulen zeigen also zweifelsfrei, daß die große Mehrzahl, wenn nicht alle Schizophrenen, die in dieser Hinsicht gründlich untersucht werden, aus emotionell schwer gestörten Familienverhältnissen kommen.

Statistische makroskopische Untersuchungen über die Häufigkeit bestimmter grober psychotraumatischer Situationen ("broken home", Trennung von den Eltern oder Tod eines Elternteils u.a.) in der Lebensgeschichte von Schizophrenen, die sich mit der Auswertung von Krankengeschichten begnügen, was hinsichtlich der Zuverlässigkeit der Angaben zu keinen großen Erwartungen berechtigt, können sich, obwohl sie große Zahlen vorweisen, nicht mit diesen differenzierten mikroskopischen Untersuchungen messen.

Die in einigen unserer Krankengeschichten vermerkten "unauffälligen Familienverhältnisse" stützen sich nach Meinung des Autors auf eine oberflächliche Beurteilung. Schon bei der routinemäßigen Exploration 43 schizophrener Patienten des "Burghölzli" fand sich, daß 35 der Patienten aus schwer gestörten Familien kamen. Bei genauer Untersuchung der angeblich "unauffälligen Familienverhält-

nisse" stellte sich jedoch heraus, daß nur eine der 8 Familien als einigermaßen unauffällig und integriert zu bezeichnen war (K. ERNST).

7) Suizidversuche der Patienten

12 der Patienten machten einen oder mehrere Suizidversuche, 8 davon wegen psychotischer Beeinträchtigung.

RINGEL sieht in den meisten Suizidversuchen ein Symptom einer krankhaften neurotischen Entwicklung. Nicht der freiheitliche Entschluß, sondern in der Mehrzahl der Fälle kurzschlüssige emotionale Entscheidungen und dem Bewußtsein meist verborgene Motive liegen den meisten Suizidversuchen zugrunde. Der Appellcharakter der Suizidversuche zeigt sich nach RINGEL vor allem darin, daß rund $\frac{2}{3}$ aller Suizidversuche vorher in irgendeiner Weise angekündigt werden.

Die Motivation des Suizidversuches wird als mehrschichtig beschrieben: Betäubung und Rückzug aus einer unerträglichen Situation, ohnmächtiger Appell, der bis zur Erpressung gehen kann, aktuelle Anlässe meist banaler Natur, Kontaktstörungen und Bindungsschwäche vor allem bei Jugendlichen, die sich auch bei unseren Kranken finden. Auf die Häufigkeit des sogenannten "broken home" in der Vorgeschichte von Patienten mit Suizidversuchen hat besonders STENGEL hingewiesen.

RINGEL weist darauf hin, daß der Anteil von Psychosen und unheilbar Kranken bei Suizidversuchen weniger als $\frac{1}{10}$ ausmacht, während der Anteil am gelungenen Suizid ungefähr $\frac{1}{3}$ der Gesamtzahl ausmacht. Er betont die Wichtigkeit der Fremdanamnese bei allen Patienten mit Suizidversuchen, um eine beginnende oder schleichend verlaufende Schizophrenie nicht zu übersehen. Ist der Suizidversuch wenig motiviert, die Ausführungsart ungewöhnlich

(so versuchte sich eine psychotische Patientin im Badezimmer zu verbrennen (KG 18)) und die als "kathartische Funktion" beschriebene Erleichterung nach dem mißglückten Suizidversuch nicht vorhanden, so sollte auch an depressive und schizophrene Erkrankungen gedacht werden.

VII. Zusammenfassung

=====

Diese Arbeit soll zur Klärung des problemreichen Phänomens klassifikatorisch unterschiedlicher psychopathologischer Symptome beim selben Patienten beitragen.

Ausgehend von 52 Krankengeschichten solcher schizophrener Patienten der Universitätsnervenklinik, bei denen vor der Manifestation psychotischer Störungen ein- oder mehrmals eine neurotische Erkrankung diagnostiziert wurde, wird versucht, zwischen genuin neurotischen und pseudoneurotisch-larvierten psychotischen Symptomen zu unterscheiden.

1a) Bei 29 Patienten fanden sich paranoid-halluzinatorische und paranoide Formen, bei 10 Patienten Simplexformen, bei 6 Patienten hebephrene Formen, bei 4 Patienten psychotische Episoden, bei 2 Patienten schizoforme Psychosen und bei 1 Patienten eine katatone Form aus der Gruppe der Schizophrenien.

Die schizophrenen Erkrankungen beginnen bei 33 Patienten schleichend, bei 12 Patienten subakut und bei 7 Patienten akut. Bei den subakut und schleichend beginnenden Schizophrenien spricht sich der Autor für die Wichtigkeit der Verlaufsbeobachtung aus, da der gerade sichtbare Quer- und Längsschnitt des Krankheitsbildes für die zweifelsfreie Diagnose

nicht ausreicht. Bei 29 dieser Patienten wurde vor dem Auftreten manifest psychotischer Symptome aufgrund vieldeutiger Symptome vorübergehend oder dauernd differentialdiagnostisch eine Schizophrenie erwogen.

- 1b) Als häufigste neurotische Symptome fanden sich bei 40 Patienten funktionell-vegetative Symptome. Die Abgrenzung gegenüber einem "pseudoneurasthenischen" Prodromalstadium einer schizophrenen Psychose war bei diesen Patienten nicht möglich.

Bei 33 Patienten fanden sich Angst und phobische Symptome. Bei 17 dieser Patienten ging eine nur vage fixierte frei flottierende Angst als pseudoneurotisches Prodromalsymptom der Psychose oft unmittelbar voraus.

Bei 23 Patienten fanden sich depressive Symptome. Bei 1 Patientin bestand vor Ausbruch der Psychose ein ratlos-depressives pseudoneurotisches Zustandsbild.

Bei 21 Patienten fanden sich paranoide und paranoid-sensitive Reaktionen. 15 dieser Patienten entwickelten eine paranoide oder paranoid-halluzinatorische Schizophrenie. Bei 13 Patienten kam es zu Beginn der psychotischen Erkrankung zu einer zunehmenden Ausweitung der paranoiden Symptomatik. Bei mindestens 5 der Patienten waren die noch überwiegend als neurotisch angesehenen paranoiden Symptome als pseudoneurotische Prodromalsymptome anzusehen.

Bei 7 Patienten fanden sich Zwangssymptome, bei 5 Patienten eine Zwangsneurose. 2 bis mehr als 10 Jahre prävalierten bei den Zwangsneurotikern die Zwangssymptome, die auch in der Psychose weiter persistierten. Bei 3 Patienten erschienen schizophrene und Zwangssymptome nahezu gleichzeitig, bei 2 Patienten

ging eine jahrelang bestehende Zwangsvorstellung in eine Wahnidee über.

Bei 5 der 11 Patienten mit hypochondrischen Symptomen fanden sich coenästhetische Symptome.

Bei 8 Patientinnen fanden sich hysterische Reaktionen und Symptome, bei je 3 Patienten Depersonalisations- und noch nicht als psychotisch angesehene halluzinatorische Symptome.

- 2) Kontinuierliche Verläufe der neurotischen Erkrankungen bis zum Ausbruch der Psychose fanden sich bei 45 Patienten, Verläufe mit neurotisch symptomfreien Intermissionen bei 7 Patienten.

Die Zeitspanne zwischen den beiden unterschiedlichen Diagnosen betrug bei den einzelnen Patienten:

<u>bis 3 Mon.</u>	<u>4Mon.-1J.</u>	<u>1-2J.</u>	<u>3-5J.</u>	<u>6-10J.</u>	<u>11-20J.</u>
4	9	9	13	9	8

- 3) Als auffällig präpsychotisch-schizoide Persönlichkeiten waren 9 Patienten, als auffällig sensitive Persönlichkeiten 4 Patienten zu charakterisieren.
- 4) Bei 15 Patienten fanden sich psychisch-traumatische Ereignisse und Konflikte vor Ausbruch der Psychose.
- 5) 44 der Patienten befanden sich vor Ausbruch der Psychose wegen ihrer überwiegend als neurotisch angesehenen Störungen ein- oder mehrmals in stationärer psychotherapeutischer Behandlung, 10 Patienten in einer ambulanten psychotherapeutischen, 3 in einer psychoanalytischen Behandlung.
- 6) 3 Mütter, 1 Vater und 1 Schwester der Patienten waren ebenfalls an schizophrenen Psychosen erkrankt. 12 Väter und 14 Mütter sind als abnorme Persönlichkeiten zu charakterisieren. Bei 11 Patienten fanden

sich gravierende Störungen zwischen dem 1. und 5. Lebensjahr. Uneheliche Geburt und ungeordnete Verhältnisse finden sich bei 12 Patienten. Die Ehen von 23 Eltern sind als zerrüttet anzusehen.

- 7) 12 Patienten machten einen oder mehrere Suizidversuche, 4 Patienten während ihrer neurotischen Phase, 8 Patienten wegen psychotischer Beeinträchtigungen. 10 dieser Patienten hatten vor dem 14. Lebensjahr ein "broken home".

Wegen verschiedener Gemeinsamkeiten dieser Untersuchung mit der von P. HOCH beschriebenen "Pseudoneurotischen Schizophrenie" wurde in der Literaturübersicht zu diesem Konzept kritisch Stellung genommen.

Die langfristigen katamnestischen Untersuchungen von HOCH und Mitarbeitern an 109 Patienten mit der Diagnose "Pseudoneurotische Schizophrenie" - 5 bis 20 Jahre nach Diagnosestellung - haben gezeigt, daß nur 22 Patienten (20 %) eine schizophrene Symptomatik entwickelten. Daher ist der Autor der Ansicht, daß die nosologische Stellung dieses Krankheitsbildes ungenau bleibt und sich dahinter vielfältige neurotische und larvierte psychotische Krankheitsbilder verbergen. Er spricht sich bei diesen "latenten Schizophrenien", "Borderline-Fällen" und ähnlichen nosologisch-diagnostisch schwierig einzuordnenden Krankheitsbildern für eine Verlaufsbeobachtung aus. Eine Schizophrenie, welcher Form auch immer, sollte erst diagnostiziert werden, wenn eindeutig schizophrene Symptome ersten Ranges nach K. SCHNEIDER vorliegen.

Literaturangaben

=====

- AMTENBRINK, H.: Aus der Kartei eines Nervenarztes. Nerven-
arzt 35, 183 (1963)
- ARIETI, S.: American Handbook of Psychiatry New York
(Basic Books)(1959)
- ARONSON, J. und POLGAR, St.: Pathogenic relationships in
schizophrenia. Amer.J.Psychiat. 119,
222-227 (1962)
- BAEYER, W. v.: Der Begriff der Begegnung in der Psychia-
trie. Nervenarzt 26, 369-376 (1955)
- BENDER, L.: Childhood Schizophrenia. Psychiat.Quart.
27, 663 (1953)
- BENEDETTI, G.; KIND, H.; MIELKE, F.: Forschungen zur Schi-
zophrenielehre 1951-1955. Fortschr.Neurol.
Psychiat. 25, 101-179 (1957)
- BENEDETTI, G.; KIND, H.; JOHANSSON, A.S.: Forschungen zur
Schizophrenielehre 1956-1961. Fortschr.
Neurol.Psychiat. 30, 341-505 (1962)
- BENEDETTI, G.; KIND, H.; WENGER, V.: Forschungen zur Schi-
zophrenielehre 1961-1965. Fortschr.Neurol.
Psychiat. 35, 1-121 (1967)
- BLEULER, E.: Primäre und sekundäre Symptome der Schizo-
phrenie. Z.ges.Neur.Psychiat. 124, 607-646
(1930)
- BLEULER, M.: Schizophrenieartige Psychosen und Ätiolo-
gie der Psychosen. Schweiz.Med.Wschr. 92,
1641-47 (1962)
- BLEULER, M.: Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Ver-
wandtschaft Schizophrener und ihre gegen-
seitigen Beziehungen. Thieme, Leipzig 1941
- BOYER, B.: S. Freuds Beitrag zur Psychotherapie der
Schizophrenie. Psyche 12, 870-894 (1967)
- BRUNSWICK, R.M.: Nachtrag zu Freuds "Geschichte einer in-
fantilen Neurose". Int.J.Psychoan. 9,
439 (1928)
- BYCHOWSKI, G.: Psychic structure and therapy of latent
schizophrenia. Schizophrenia in psycho-
anal. office practice, Grune and Stratton,
New York 1957
- CONRAD, K.: Die beginnende Schizophrenie. Versuch ei-
ner Gestaltanalyse des Wahns. Thieme,
Stuttgart 1958

- CREMERIUS, J.: Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie. 523 acht- bis zehnjährige Katamnesen psychotherapeutischer Behandlungen von organoneurotischen und psychosomatischen Erkrankungen. Springer, Berlin 1962
- DELAY, J.; DENIKER, P. und GREEN, A.: Le milieu familial des schizophrènes. *Encéphale* 46, 49, 51, 5-73 (1962)
- ERNST, K.: Die Prognose der Neurosen. Springer, Berlin 1959
- ERNST, K.: Wann besteht Verdacht auf schizophrene Psychosen? *Schweiz.Med.Wschr.* 94, 776-780 (1964)
- ERNST, K.: "Geordnete Familienverhältnisse" späterer Schizophrener im Lichte einer Nachuntersuchung. *Arch.Psychiat.Nervenkr.* 194, 355-367 (1956)
- EGGERS, C.: Zwangszustände und Schizophrenie. *Fortschr. Neurol.Psychiat.* 36, 576-589 (1968)
- FÄRGEMANN, P.M.: Psychogenic Psychoses. A description and follow-up of psychoses following psychological stress. Butterworth, London 1963
- FEDERN, P.: Ich-Psychologie und Psychose. Huber, Bern und Stuttgart 1956
- FREUD, S.: Gesammelte Werke. Fischer, Frankf./M. 1961
- GEBSATTEL, V.E.v.: Die Welt des Zwangskranken. *Mschr.Neur. Psychiat.* 99, 10 (1937)
- GNAT, T.; HENISC, J.: Current developments in social psychiatry in Poland. *Social Psychiatry*, Berl. 1, 55 (1966)
- HÄFNER, H.: Prozeß und Entwicklung als Grundbegriffe der Psychopathologie. *Fortschr.Neurol. Psychiat.* 31, 393-438 (1963)
- HÄFNER, H.; WIESER, H.: Faktorenanalytische Studien zur Formalgenese bestimmter Formen von Schizophrenien. *Arch.Psychiat.Nervenkr.* 190, 394-428 (1953)
- HÄUSSLER, S.: Die Beratungsursachen in der Allgemeinpraxis. *Dtsch. Arztebl.* 64, 241 (1967)
- HOCH, P.H. and POLATIN: Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiat.Quart.* 23, 248-276 (1949)
- HOCH, P.H. and CATTELL, J.P.: The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia. *Americ.J.Psychiat.* 33, 17-43 (1959)

- HOCH, P.H. et al.: The course and outcome of pseudoneurotic schizophrenia. Amer.J.Psychiat. 119/2, 106-115 (1962)
- HUBER, G.: Die coenästhetische Schizophrenie. Fortschr.Neurol.Psychiat. 25, 491 (1957)
- HUBER, G.: Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. Fortschr.Neurol.Psychiat. 34, 409-424 (1966)
- JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin/Heidelberg, 7.Aufl. 1955
- JONES, E.: S. Freud. Leben und Werk I-III. Huber, Bern 1962
- JUNG, C.G.: Der Inhalt der Psychose. Deuticke, Leipzig, 2. Aufl. 1914
- KIND, H.: Welche Faktoren stützen eine psychogenetische Theorie der Schizophrenie? Psyche 3, 188-216 (1965)
- KISKER, K.P. und SÜLLWOLD-STRÖTZEL, L.: Zur vergleichenden Situationsanalyse beginnender Schizophrenien und erlebnisreaktiver Fehlentwicklungen. Arch.Psychiat.Nervenkr. 202, 1-30 (1965)
- KISKER, K.P. und SÜLLWOLD-STRÖTZEL, L.: Präschizophrene Entwicklungsverläufe Jugendlicher und ihre Typisierung. Jahrb.Psychol.Psychoth.und med.Anthr. 12, 161-173 (1965)
- KISKER, K.P.: Schizophrenie und Familie. Nervenarzt 33, 13-21 (1962)
- KRANZ, H.: Abgrenzung gegenüber Psychopathie und Psychose. Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Bd. 1, 263-276 (1959)
- KRETSCHMER, E.: Der sensitive Beziehungswahn. Springer, Berlin/Heidelberg, 3. Aufl. 1955
- KRETSCHMER, E.: Die mehrdimensionale Struktur der Schizophrenien. Z.Psychoth.med.Psychol. 7, 183-191 (1957)
- KRETSCHMER, W.: Die entwicklungspsychologischen Zusammenhänge im Aufbau der Hebephrenie. II Intern. Congr.Psychiat. Congress Report Vol. 1, 215-218 (1957)
- KRETZ, H.: Prüfungssituation und Schizophrenie. Ein Beitrag zur situationspsychologischen Analyse des Vorfalles schizophrener Psychosen. Jahrb.Psych.Psychotherapie 12, 53-67 (1965)
- LABHARD, E.: Die schizophrenieähnlichen Emotionspsychosen. Springer, Berlin/Heidelberg 1963

- LANGFELDT, G.: The schizophrenic states. A catamnestic study based on individual reexamination. Kopenhagen 1939
- LIDZ, T. et al.: Zur Familienumwelt der Schizophrenie. Psyche 13 (1959)
- MATTUSSEK, P.: Zur Frage des Anlasses schizophrener Psychosen. Arch.Psychiat.Nervenkr. 197, 91 (1958)
- MAYER-GROSS: Klinik, Erkennung, Differentialdiagnose, Therapie der Schizophrenie. In: Bumke, O.: Handbuch der Geisteskr. Bd. IX, 456 (1932)
- MEYER, J.E.: Depersonalisation und Derealisation. Fortschr.Neurol.Psychiat. 31, 438-449 (1961)
- MÜLLER, C.: Der Übergang von Zwangsneurose in Schizophrenie im Lichte der Katamnese. Schweiz. Arch.Neur.Psychiat. 72, 218 (1953)
- MÜLLER, C.: Weitere Beobachtung zum Verlauf der Zwangskrankheit. Arch.Psychiat.Neur. 133, 80 (1957)
- PAULEIKHOFF, B.; MEISSNER, U.: Die psychotische Primitivreaktion. Fortschr.Neurol.Psychiatr. 35, 475-488 (1967)
- POPPER, E.: Der schizophrene Reaktionstypus. Z.ges.Neur. Psychiat. 62, 194-207 (1920)
- RATTNER, J.: Das Wesen der schizophrenen Reaktion. Classen, Basel 1963
- RINGEL, E.: Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften Entwicklung. Wien, Maudrich 1953
- RISTIC, J.; WOLF, N.: Die pseudoneurotische Form der Schizophrenie. Wiener Zeitschr. Nervenheilk. 24, 55 (1966)
- ROHR, K.: Beitrag zur Kenntnis der sogenannten Schizophrenen Reaktion. Arch.Psychiat.Nervenkr. 13, 247-255 (1961)
- RÜDIN, E.: Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheiten, insbesondere ihrer hereditären Beziehungen. Arch.Psychiat.Nervenkr. 191, 14-53 (1953/54)
- RÜMKE, H.C.: Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. Nervenarzt 29, 49 (1958)
- RÜMKE, H.C.: Das Kernsymptom der Schizophrenie und das "Präcoxgefühl". Ref.Zbl.ges.Neur.Psychiat. 102, 168 (1942)
- RÜMKE, H.C.: Die nosologische Stellung der Gruppe der Schizophrenien. Wien Z.Nervenheilk. 24, 1-13 (1966)

- SCHNEIDER, K.: Zwangszustände und Schizophrenie. Arch. Psychiat. 74, 93 (1925)
- SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart 1959
- SCHNEIDER, K.: Über primitiven Beziehungswahn. Z.ges. Neur.Psychiat. 127, 725 (1930)
- SIMKO, A.: "Pseudoneurotische Schizophrenie" im Lichte einer strukturellen Psychopathologie. Nervenarzt 6, 243-250 (1968)
- SIMKO, A.: Weitere Beobachtung zur Psychopathologie "neurotisch geprägter Schizophrenien". Nervenarzt 6, 251-255 (1968)
- STENGEL, E.: The significance of obsessional symptoms in schizophrenia. II Internat.Congr. Psychiat. Congress Report Vol. 1, 319-321 (1957)
- STENGEL, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Psychiatrie d. Gegenwart Bd. III, 51-74 (1961)
- STENGEL, E.: Neurosenprobleme vom angloamerikanischen Gesichtspunkt. Psychiat. d. Gegenwart Bd. III, 203-213 (1960)
- SCHULTZ-HENCKE, H.: Das Problem der Schizophrenie. Thieme, Stuttgart 1952
- WEITBRECHT, H.J.: Zur Frage der Spezifität psychopathologischer Symptome. Fortschr.Neurol.Psychiat. 25, 41-56 (1957)
- WEITBRECHT, H.J.: Aus dem Vorfeld endogener Psychosen. Klinische Beobachtungen zur Frage der "Auflösung". Nervenarzt 35, 521-529 (1964)
- ZIOLKO, H.U.: Anorexia nervosa. Fortschr.Neurol.Psychiat. 34, 353-388 (1966)
- ZIOLKO, H.U.: Halluzinationen und Neurose. Psyche 24, 40-54 (1970)

L e b e n s l a u f

Ich wurde am 24.8.1940 in Schwaz in Tirol geboren. Aufgrund der Kriegsereignisse kam ich mit meinen Eltern nach München.

Nach Beendigung meiner Schulzeit in München und Lausanne begann ich 1962 in München mit dem Studium der Philosophie, Psychologie und Kunstgeschichte.

1964 wechselte ich zum Medizinstudium an der Freien Universität in Berlin über und beendete es im Februar 1970.

Nach Ableistung meiner Medizinalassistentenzeit erhielt ich im März 1971 die ärztliche Approbation. Seit Juli 1971 bin ich als Assistent an der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik tätig.

Herrn Professor Dr. H.U. Ziolko möchte ich für die Anregung zu dieser Arbeit und für wertvolle Hinweise meinen Dank aussprechen.

Dr. H.U. Ziolko, Berlin 33, Garsitz 45

